Aus dem Medizinischen Landesuntersuchungsamt Stuttgart
Leiter: Prof. Dr. med. Walter Steuer

EIN LANDKREIS AUF DEM WEG ZUR GEMEINDEPSYCHIATRIE

- DIE ENTWICKLUNG DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IM LANDKREIS TÜBINGEN -

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
- Theoretische Medizin -
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

HEIDI MARGRIT CRÄMER geb. RICKER
aus Ravensburg

1984

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547612_0023

Aus dem Medizinischen Landesuntersuchungsamt Stuttgart
Leiter: Prof. Dr. med. Walter Steuer

EIN LANDKREIS AUF DEM WEG ZUR GEMEINDEPSYCHIATRIE
- DIE ENTWICKLUNG DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IM LANDKREIS TÜBINGEN -

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
- Theoretische Medizin -
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

HEIDI MARGRIT CRÄMER geb. RICKER
aus Ravensburg

1984

Dekan: Prof. Dr.med. G. Fichtner
1. Berichterstatter: Prof. Dr.med. W. Steuer, Stuttgart
2. Berichterstatter: Prof. Dr.med. R. Lempp

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
EINLEITUNG	EINFÜHRUNG IN DAS ANLIEGEN DER ARBEIT UND DIE ARBEITSMETHODEN	1
TEIL A	THEORETISCHE GRUNDLAGEN, POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN UND ERSTE ERFAHRUNGEN AUS SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNGSMODELLEN	4
1	Vorbemerkungen zur "Sozialpsychiatrie" als Wissenschaft zwischen Medizin und Gesellschaftswissenschaften und zur "Gemeindepsychiatrie" als angewandter Sozialpsychiatrie	4
2	Psychiatrie-Enquête - Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland	10
3	Politische Auswirkungen der öffentlichen Diskussion zur Lage der Psychiatrie	19
3.1	Erste gesetzgeberische Konsequenzen des Bundes	19
3.1.1	Das Rehabilitationsangleichungsgesetz vom 1. Oktober 1974	19
3.1.2	Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975	19
3.1.3	Das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz - KVWG) vom 28. Dezember 1976	20
3.1.4	Das Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz) vom 7. August 1974	21
3.2	Förderung von Modelleinrichtungen durch die Bundesregierung	22
3.2.1	Der sogenannte kleine Modellverbund 1976 - 1981	22
3.2.2	Der große Modellverbund ab 1980	26

		Seite
3.3	Initiativen der Bundesländer	27
3.4	Entwicklung in Baden-Württemberg	29
3.4.1	Psychiatrieplan	29
3.4.2	Das Modellprogramm des Landes Baden-Württemberg 1980 - 1985	31
3.4.3	Die Empfehlungen des Landkreistags zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung	32
3.4.4	Novellierung des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes	32
4	Verdeutlichung der Effektivität von Gemeindepsychiatrie anhand von 3 Beispielen unterschiedlich organisierter sozialpsychiatrischer Versorgungsmodelle	38
4.1	Kontaktstelle "Lotse" in Hamburg-Wilhelmsburg - Beispiel einer psychosozialen Kontaktstelle mit Versorgungsverpflichtung für Alkoholabhängige	41
4.2	Hannover - Beispiel der Versorgung einer Großstadt mit sozialpsychiatrischen Diensten	45
4.3	Mönchengladbach - Beispiel einer regionalen Vollversorgung	50
TEIL B	ERHEBUNG DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN LAGE IM LANDKREIS TÜBINGEN	56
1	Die Bevölkerungsstruktur und die speziellen psychosozialen Probleme des Landkreises Tübingen	56
2	Bestandsaufnahme vorhandener Einrichtungen zur Versorgung und Betreuung psychisch Kranker im Landkreis Tübingen - Konfrontation des Bestands mit dem Bedarf anhand der vorgegebenen Quoten der Psychiatrie-Enquête	62
2.1	Dienste im Vorfeld - Psychologische Beratungsstellen	63
2.1.1	Allgemeine Psychologische Beratungsstellen	64
2.1.1.1	Die Psychologische Beratungsstelle der evangelischen und katholischen Kirche	65
2.1.1.2	Die Psychologische Beratungsstelle des Landkreises	66

		Seite
2.1.1.3	Die Diakonische Bezirksstelle	67
2.1.1.4	Die Caritas-Kreisstelle	67
2.1.2	Spezielle Beratungsstellen	68
2.1.2.1	Die Schulpsychologische Beratungsstelle	68
2.1.2.2	Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende	69
2.1.2.3	Beratungsstelle für Psycho-Soziale Probleme - Psychotherapeutischer Arbeitskreis e.V.	69
2.1.2.4	Die Psychologische Beratungsstelle für ältere Menschen	70
2.2	Ambulante Dienste	74
2.2.1	Der niedergelassene Nervenfacharzt und Psychotherapeut	74
2.2.2	Poliklinik der Universitäts-Nervenklinik	76
2.2.2.1	Allgemeine Ambulanz	76
2.2.2.2	Die Psychogeriatrische Ambulanz der Poliklinik der Universitäts-Nervenklinik	77
2.2.3	Die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen	77
2.2.4	Das Institut für klinische Psychologie	78
2.2.5	Die Abteilung für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Tübingen	78
2.2.6	Ambulanter Dienst des Vereins für Psychoanalytische Sozialarbeit e.V.	79
2.3	Stationäre Dienste	79
2.3.1	Psychiatrisches Landeskrankenhaus Zwiefalten	80
2.3.2	Die Universitäts-Nervenklinik Tübingen	82
2.3.3	Nachsorgeklinik für psychisch Kranke	85
2.3.4	Das Klinische Jugendheim	86
2.3.5	Das Therapeutische Heim für psychisch kranke Kinder und Jugendliche	86
2.4	Teilstationäre Einrichtungen	87
2.4.1	Die Tagesklinik der Universitäts-Nervenklinik Tübingen	87

		Seite
2.5	Komplementäre Dienste	89
2.5.1	"Komplementäre Dienste mit voller Patientenversorgung"	89
2.5.1.1	Nachsorgeklinik	89
2.5.1.2	Die therapeutischen Wohngruppen des Tübinger Vereins für Sozialtherapie bei Kindern und Jugendlichen e.V.	94
2.5.1.3	Sophienpflege	96
2.5.2	Sonstige komplementäre Einrichtungen	98
2.5.2.1	Beschützer Wohnraum	98
2.5.2.2	Patienten-Club	99
2.5.2.2.1	Patientenclub "die Klinke"	100
2.5.2.2.2	Gesprächskreis innerhalb der Diakoniestation Mössingen	101
2.5.2.2.3	Kontaktgruppe Rottenburg	102
2.5.2.2.4	Club für Behinderte und ihre Freunde CeBeeF	103
2.5.2.3	Laienhelfer-Arbeit	104
2.5.2.4	Tagesstätten	106
2.6	Spezielle Dienste zur beruflichen Rehabilitation	107
2.6.1	Beschützte Arbeitsplätze	109
2.7	Dienste für spezielle Patientengruppen	111
2.7.1	Dienste für Suizidgefährdete	111
2.7.1.1	Telefonseelsorge Neckar-Alb	112
2.7.1.2	Arbeitskreis Leben	113
2.7.2	Dienste für Suchtgefährdete und Suchtkranke	114
2.7.2.1	Beratungsstellen	114
2.7.2.1.1	Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und -gefährdete, Diakonische Bezirksstelle	115
2.7.2.1.2	Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke, Drogenhilfe e.V.	116
2.7.2.2	Stationäre Einrichtungen für Suchtkranke	116
2.7.2.2.1	Station B 6 der Universitäts-Nervenklinik	116

		Seite
2.7.2.2.2	Psychiatrisches Landeskrankenhaus Station 4	117
2.7.2.2.3	Behandlungszentrum der Drogenhilfe Tübingen e.V.	117
2.7.2.3	Ambulante Betreuung Suchtkranker - Nachsorge nach Entwöhnungsbehandlung	120
2.7.2.3.1	Universitäts-Nervenklinik Station B 6	120
2.7.2.3.2	Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke bei der Diakonischen Bezirksstelle	120
2.7.2.3.3	Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle der Drogenhilfe e.V.	120
2.7.2.3.4	Drogenhilfe Tübingen e.V.	120
2.7.2.3.5	Kirchliche Initiative Rottenburg	121
2.7.2.3.6	Freundeskreis für Alkoholabhängige und Angehörige	121
2.7.2.3.7	Freundeskreis für Alkoholabhängige Mössingen	121
2.7.2.3.8	"Blaues Kreuz"	121
2.7.2.4	Selbsthilfegruppen	122
2.7.2.4.1	Anonyme Alkoholiker Tübingen	122
2.7.2.4.2	Anonyme Alkoholiker Mössingen	122
2.7.2.4.3	Anonyme Alkoholiker Rottenburg-Ergenzingen	122
2.7.2.4.4	Anonyme Alkoholiker Rottenburg	122
2.7.2.4.5	Selbsthilfeinitiative von Eltern drogengefährdeter und drogenabhängiger Kinder und Jugendlicher	122
TEIL C	DIE ENTWICKLUNG DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IM LANDKREIS TÜBINGEN IM GEFOLGE DER EMPFEHLUNGEN DES LANDKREISTAGS ZUR AUSSERKLINISCHEN VERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER VOM JUNI 1981	124
1	Die Landkreistag-Empfehlungen und ihre Diskussion im Psychosozialen Arbeitskreis	124
1.1	Die Empfehlungen des Landkreistags zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung	124

		Seite
1.1.1	Der sozialpsychiatrische Dienst	125
1.1.1.1	Direktbetreuung von Klienten	125
1.1.1.2	Mobilisierung von Laienhelfern	126
1.1.1.3	Initiieren und Betreuen von Patientenclubs	126
1.1.2	Beschützende Wohngruppen	127
1.1.3	Beschützende Arbeitsplätze	127
1.2	Stellungnahme des Psychosozialen Arbeitskreises der Stadt Tübingen zu den Landkreistag-Empfehlungen	131
2	Ansätze zur Realisierung der Landkreistag-Empfehlungen im Kreis Tübingen	136
2.1	Diskussionen und Entscheidungen im Kreistag	136
2.2	Gründung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft - Darstellung ihrer Aktivitäten im ersten Halbjahr	137
2.3	Die Spendenaktion des Schwäbischen Tagblatts zur Unterstützung des "Arbeitskreis Leben"	149
2.4	Aktivierung von Laienhelfern Fall-Beispiel für wirksame Laienhilfe	149 150
2.5	Bemühungen um Arbeitsplätze für psychisch Kranke	155
2.7	Zwei Fall-Beispiele zur Veranschaulichung der Auswirkung von Kooperation verschiedener Dienste	162
2.8	Zusammenfassung	165
3	Zusammenstellung der Faktoren, die den Ausbau der außerklinischen Versorgung psychisch Kranker behindern	166
3.1	Das System der konkurrierenden Finanzierung	166/170
3.2	Wohnraumverknappung	166/173

		Seite
3.3	Arbeitslosigkeit	167/173
3.4	Fehlende Versorgungsverpflichtung der Einrichtungen	167/175
4	Versorgungslücken im Landkreis Tübingen	177
4.1	Defizit im Bereich der Prävention	177
4.2	Defizit im ambulanten Bereich	181
4.3	Defizit im stationären Bereich	182
4.4	Defizit im komplementären Bereich	184
4.4.1	Übergangseinrichtungen	184
4.4.2	Wohnheime und Pflegeheime	184
4.4.3	Tagesstätten	186
4.4.4	Kurzzeitpflegeplätze	186
4.5	Defizit im Bereich der Rehabilitation	188
4.5.1	Wohnraum für ehemalig psychisch Kranke	188
4.5.2	Arbeit für ehemalig psychisch Kranke	188
TEIL D	SCHLUSSFOLGERUNGEN - HANDLUNGSSTRATEGIEN SOZIALHYGIENISCHE FORDERUNGEN	189
1	Initiativen zur Veränderung der Finanzierungsmodalitäten auf örtlicher und überörtlicher Ebene	189
2	Verbesserung der Prävention im Landkreis Tübingen	191
3	Maßnahmen zur Beseitigung von Versorgungslücken im Landkreis Tübingen	194
3.1	Bereich der Prävention	194
3.2	Ambulante Versorgung - Sozialpsychiatrischer Dienst	195
3.3	Stationäre Versorgung	203
3.4	Komplementäre Versorgung und Rehabilitation	207
	ZUSAMMENFASSUNG	212
	LITERATURVERZEICHNIS	214
	A N H A N G	221

EINLEITUNG EINFÜHRUNG IN DAS ANLIEGEN DER ARBEIT UND DIE ARBEITSMETHODEN

> Kommen Sie! helfen Sie! der Nachbar hat sich verbarrikadiert und läßt seit längerer Zeit niemanden mehr zu sich!

Der Ruf erreicht den Arzt des Gesundheitsamts zu einem Zeitpunkt, da der Nachbar im wahrsten Sinne des Wortes für Hilfe nicht mehr zugänglich ist. Türen und Fenster sind zu - der Mensch hat seine Seele in Sicherheit gebracht.

Irgendwann hat er die Belastungen des Lebens nicht mehr verkraftet - hat sich davongemacht - hat alle Brücken zur Umwelt abgebrochen - hat Schränke, Tische, Stühle zwischen sich und die Mitmenschen geschoben.

Der Arzt des Gesundheitsamts steht davor und wägt ab zwischen Gefährdung und Vergewaltigung. Bestehen Gefahren für Leib und Leben des seelisch Erkrankten oder seiner Umwelt, die es rechtfertigen, gewaltsam einzubrechen in seine Fluchtburg - die es rechtfertigen, eine zwangsweise Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus nach dem Unterbringungsgesetz anzuordnen?

Als Ärztin des Tübinger Gesundheitsamts stehe ich immer wieder vor dieser schwerwiegenden Entscheidung, wohl wissend, daß die zwangsweise Unterbringung die ungünstigste Einleitung der Behandlung eines seelisch Krankgewordenen darstellt.

Es müßte doch Möglichkeiten geben, rechtzeitig Hilfe zu vermitteln, solange Türen und Fenster noch offen sind.

Welche Hilfen könnten angeboten werden in dem, meist langen, Zeitraum, in welchem die Belastungen für die psychische Kapazität eines Gefährdeten zu schwer werden, zu lange andauern und zum Nicht-mehr-ertragen-können führen?

Die Empfehlungen des Landkreistags zur außerklinischen Versorgung psychisch Kranker - im Juni 1981 veröffentlicht - haben dazu realisierbare Anregungen gebracht.

Meine Doppelfunktion, einerseits als Ärztin des Staatlichen Gesundheitsamts, andererseits als 3. stellvertretende Vorsitzende des Sozialausschusses des Kreistags, veranlaßte mich dazu, an der in Gang kommenden Diskussion aktiv teilzunehmen und mit der vorliegenden Arbeit einen - auch für Laien verstehbaren - Beitrag zu leisten zum Ausbau der sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Tübingen.

Zielvorstellung ist die Gemeindepsychiatrie: die Befähigung einer Gemeinschaft (Gemeinde), mit den psychischen Problemen ihrer Bürger so selbstverständlich umgehen zu können wie mit ihren körperlichen.

Voraussetzung ist ein gemeindenahes, ausreichendes und variables Angebot professioneller Hilfe, das den psychisch Kranken und ihren Mitmenschen genau diejenige Art von Hilfestellung gibt, die sie brauchen, um mit ihren speziellen Problemen zurechtzukommen.

Ohne die wohldosierte professionelle Hilfe werden die Probleme übermächtig und die Tragfähigkeit der Mitmenschen überfordert. Ohne ausreichende Hilfe wird der Wunsch laut nach "Schloß und Riegel" für alles, was stört.

Die vorliegende Arbeit beabsichtigt, nach einer Einführung in theoretische Grundlagen und nach Vorstellung der Psychiatrie-Enquête und der gesetzlichen Rahmenbedingungen,

- Versorgungsbedarf und -angebot für psychisch Kranke im Landkreis Tübingen zu erheben,
- Bemühungen um den Ausbau des Angebots im Kreis Tübingen, im Beobachtungszeitraum Juni 1981 - November 1983, darzustellen,
- Lücken im Versorgungsangebot aufzuzeigen,

- zu prüfen, welche Faktoren den Ausbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung behindern und
- die Ergebnisse der Arbeit in Form von Handlungsstrategien zu konkretisieren.

Methodisches Vorgehen:

1. Analyse der Bevölkerungs- und Sozialstruktur im Landkreis Tübingen anhand der Landkreisstatistik.

2. Berechnung des Bedarfs an sozialpsychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsangeboten unter Zugrundelegung der von der Psychiatrie-Enquête genannten Bedarfsquoten und unter Berücksichtigung spezieller Probleme des Landkreis Tübingen.

3. Erhebung der Einrichtungen zur Behandlung und Betreuung von psychisch Kranken im Landkreis Tübingen mit Hilfe
   - der Fragebogen der PSAG
   - der Fragebogen des Landratsamts
   - des AOK-Verzeichnisses kassenärztlich anerkannter Therapeuten und Einrichtungen.

4. Analyse der Finanzierungsmodalitäten und ihrer Auswirkung auf die Arbeit der Einrichtungen.

5. Beobachtung der Vorgänge im Kreis Tübingen nach Veröffentlichung der Landkreistag-Empfehlungen zur außerklinischen Versorgung psychisch Kranker durch mitwirkende Teilnahme an den Sitzungen des Psychosozialen Arbeitskreises, der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und des Sozialausschusses des Kreistags.

TEIL A THEORETISCHE GRUNDLAGEN, POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN UND ERSTE ERFAHRUNGEN AUS SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNGSMODELLEN

1 Vorbemerkungen zur "Sozialpsychiatrie" als Wissenschaft zwischen Medizin und Gesellschaftswissenschaften und zur "Gemeindepsychiatrie" als angewandter Sozialpsychiatrie

Die Sozialpsychiatrie ist angesiedelt zwischen Medizin und Gesellschaftswissenschaften, zwischen Psychiatrie, Soziologie und Sozialpsychologie. Sie erfaßt den psychisch Kranken in seinem sozialen Umfeld und zieht aus der Erkenntnis krankheitsfördernder sozialer Faktoren Konsequenzen für Therapie, Vorbeugung und Rehabilitation.

Wie die somatische Medizin bedient sich die Sozialpsychiatrie der Epidemiologie.

Während die Epidemiologie der Inneren Medizin Erkenntnisse über Erreger, Übertragungsmodus und Ausbreitungsweg von Infektionskrankheiten ermöglicht, während die Epidemiologie der Sozialmedizin Zusammenhänge zwischen Lebensgewohnheiten/sozialen Bedingungen und körperlichen Erkrankungen aufzeigt (z.B. Zigarettenkonsum und Bronchialkarzinom), liefert sie der Sozialpsychiatrie statistische Korrelationen zwischen sozialen Lebensbedingungen und dem Auftreten bzw. Nichtauftreten psychischer Erkrankung.

Die Epidemiologie im Dienste der Sozialpsychiatrie beobachtet die Krankheitsanfälligkeit bestimmter Gruppen mit ähnlichen sozialen Voraussetzungen und vergleicht sie mit der Krankheitsanfälligkeit von Gruppen, die sich charakteristisch unterscheiden.

Sie bedient sich dabei verschiedener M e t h o d e n :

1. Repräsentativer Stichprobenerhebungen:

   - Querschnittsuntersuchungen ergeben in einer Art Momentaufnahme die Zahl der Erkrankten zu einem bestimmten Zeitpunkt (Prävalenz).

   - Längsschnittuntersuchungen - retrospektive oder prospektive - geben Aufschluß über das Auftreten von Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum (Inzidenz).

2. Feldstudien:

   Beobachtung der interessierenden Variablen im vorgegebenen sozialen Umfeld.

3. Versuche:

   Gewinnen von Informationen unter standardisierten Versuchsbedingungen.

Als Methoden der D a t e n e r h e b u n g stehen zur Verfügung:

1. Verwertung vorliegender Statistiken: z.B.

   - der Krankenhausstatistik
   - der Mortalitätsstatistik
   - versicherungsmedizinischer Daten öffentlicher und privater Versicherungsträger.

2. Auswertung von Krankengeschichten.

3. Verhaltensbeobachtung in standardisierten Situationen und Registrierung des Verhaltens nach Einschätzungs-Skalen.

4. Freie oder standardisierte Interviews mit Patienten und Angehörigen.

5. Testverfahren.

6. Erstellung von Soziogrammen, die Aufschluß geben über die Struktur einer Gruppe und - bei regelmäßigen Wiederholungen der soziographischen Darstellung - Auskunft geben über die gruppendynamischen Prozesse.

Nach der Erhebung und Sichtung der Daten wird - mit größter Vorsicht im Bewußtsein der multifaktoriellen Genese psychischer Störungen - i n t e r p r e t i e r t und eine H y p o t h e s e e r s t e l l t über den Einfluß oder Nichteinfluß der untersuchten Sozialfaktoren auf das Auftreten psychischer Störungen.

Diese Hypothese muß anschließend a u f i h r e S t i c h h a l t i g k e i t g e p r ü f t werden durch weitere Untersuchungen mit neuem Datenmaterial (Kreuzvalidierung).

Sozialpsychiatrische Untersuchungen befassen sich unter anderem:

- mit den soziologischen Faktoren:
  Lebensalter
  soziale Klassenzugehörigkeit
  Schulabschluß
  Familie
  Erziehung
  Arbeitssituation
  Wohnen
  Freizeit

- und mit den psychiatrischen Faktoren:
  Neurosen
  Psychosen
  Suizidalität
  Kriminalität
  Sexualstörungen

Ein wichtiger Teilbereich der Sozialpsychiatrie befaßt sich mit kulturanthropologischer Forschung. In Zusammenwirken von Ethnologie und Tiefenpsychologie werden Zusammenhänge eruiert zwischen Kulturdaten verschiedener Völker (Wertordnung, Kindererziehung u.a.) und der Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen.

Erste kulturanthropologisch orientierte sozialpsychiatrische Erkenntnisse wurden bereits 1904 von Kraepelin veröffentlicht, als Ergebnisse seiner Studien in Java.

Margaret Mead veröffentlichte erstmals 1928 die sozialpsychologischen Ergebnisse ihrer Feldstudien in 3 Dörfern der samoanischen Südseeinsel Tau (M. Mead 1970). Einen bedeutenden Beitrag zur transkulturellen Psychiatrie lieferte 1967 Erich Wulff mit seinem "Psychiatrischen Bericht aus Vietnam". Während seines 6-jährigen Aufenthalts in Südvietnam, von 1961 - 1967, als Mitglied eines westdeutschen Ärzteteams am Aufbau der medizinischen Fakultät der Universität Huế beteiligt, hatte er die außergewöhnliche Möglichkeit, in der Landessprache psychiatrische Probleme Vietnams und die kulturellen Voraussetzungen zu erforschen (E. Wulff 1972).

Ziel aller sozialpsychiatrischer Forschung ist die praktische Umsetzbarkeit der Erkenntnisse in Vorbeugung, Therapie und Rehabilitation.

Die **Vorbeugung** versucht, psychische Dekompensation zu vermeiden durch Ausschaltung und Milderung von krankheitsfördernden Faktoren - durch "Optimierung der Lebensbedingungen" und "Entschärfung zugespitzter zwischenmenschlicher Situationen und Spannungen" (W. Steuer 1982, S. 23, 114).

Die **Therapie** ist bestrebt, dem psychisch dekompensierten Menschen zu helfen, seine seelische Stabilität möglichst rasch zurückzugewinnen und Konfliktlösungsstrategien zu entwickeln, die in zukünftigen Krisen ein erneutes Dekompensieren vermeiden - "dem einzelnen optimale soziale und medizinische Möglichkeiten zu geben, wieder zu gesunden und ohne Hilfe auszukommen" (W. Steuer 1982, S. 2).

Die **Rehabilitation** bemüht sich, den Kranken durch Hilfe zur Selbsthilfe soweit zu fördern, daß er ein menschenwürdiges Leben führen kann trotz seiner psychischen Störungen. Sie bemüht sich, ihn von Pflege unabhängig zu machen, "alle noch vorhandenen Fähigkeiten zu stärken und die Aktivität und den Lebens- und Gesundungswillen ... zu fördern" (W. Steuer 1982, S. 2).

Die praktische Anwendung der Erkenntnisse der Sozialpsychiatrie in einer überschaubaren Gemeinschaft ist "Gemeindepsychiatrie" (K. Dörner 1979, S. 16).

Auf der Grundlage sozialpsychiatrischer Erkenntnisse orientiert sich das gemeindepsychiatrische Handlungskonzept an folgenden Grundsätzen:

- Vermeidung von Ausgliederung:
  den psychisch Kranken möglichst in seinem Lebensumfeld belassen

- Aufsuchende Hilfe:
  Hilfestellung zum Lösen von Konflikten dort leisten, wo die Konflikte entstehen

- Minimierung des professionellen Eingriffs:
  die Behandlungs- und Betreuungsintensität am Ergehen des Patienten orientieren und mit möglichst geringen Eingriffen die Selbstheilungskräfte unterstützen - d.h. Vorrang der ambulanten, komplementären und teilstationären Behandlung vor der stationären Behandlung

- Mobilisierung der Hilfe- und Selbsthilferessourcen in der Bevölkerung:
  Bereitstellen der erforderlichen Einrichtungen und mobilen fachlichen Dienste, die den Angehörigen psychisch Kranker Hilfestellung und gegebenenfalls zeitweise Entlastung bieten und dem psychisch Behinderten behilflich sind, in seinem sozialen Umfeld sein Leben zu meistern.

2 Psychiatrie-Enquête - Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

Historische Vorbemerkungen (nach K. Dörner 1969 und Bundestagsdrucksache 7/4200):

Die sozialpsychiatrischen Erkenntnisse, im Zusammenwirken mit den veränderten Therapiemöglichkeiten durch Psychopharmaka, bewirkten weltweit eine Wende im Umgang mit psychisch Kranken.

Im westlichen Ausland wurden bereits Ende der 50er Jahre organisatorische Konsequenzen aus den veränderten Behandlungsmethoden und den Erkenntnissen der Sozialpsychiatrie gezogen. Das Erkennen der Hospitalismusschäden führte zur allmählichen Ablösung abgelegener psychiatrischer Großanstalten zur Langzeithospitalisierung durch gemeindenahe flexible Versorgungseinrichtungen. Ziel der organisatorischen Umstrukturierung: gemeindenahe Abdeckung der gesamten Breite der Bedarfspalette - vom Bedarf stationärer und teilstationärer Behandlung bis hin zum Bedarf ambulanter sozialer Betreuung im Lebensumfeld des Kranken.

Die Bundesrepublik Deutschland blieb aus dieser Psychiatrie-Entwicklung weitgehend ausgeklammert. Über die Gründe zu spekulieren, ist nicht Absicht dieser Arbeit. Die Ermordung psychisch Kranker im 3. Reich und die Emigration bedeutender Repräsentanten der Psychoanalyse ins Ausland, als Folge der Judenverfolgung, spielen wahrscheinlich nicht die unbedeutendste Rolle in diesem Prozeß des Auseinanderklaffens der Psychiatrie-Entwicklung einerseits in der Bundesrepublik Deutschland und andererseits in den übrigen Ländern der westlichen Welt.

Als am 5.10.1970 mit der Anfrage von Bundestagsabgeordneten zur psychiatrischen Versorgung auch in der Bundesrepublik die Psychiatriereform in Bewegung geriet, waren die fetten Jahre der wirtschaftlichen Entwicklung ungenutzt an der bundesdeutschen Psychiatrie vorübergegangen.

Im folgenden wird dargestellt, wie es zur Erstellung der Psychiatrie-Enquête kam und welche ersten Konsequenzen aus dem Ergebnis der Enquête gezogen wurden.

Die Psychiatrie-Enquête des Bundes

- ihr Zustandekommen
- ihre Bestandsaufnahme
- ihre Empfehlungen

Am 5.10.1970 beantragten Abgeordnete des Deutschen Bundestags, über die Situation der Psychiatrie in der BRD aufgeklärt zu werden.

Der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit informierte sich in zwei Anhörungen über die psychiatrische Versorgungssituation und legte im Juni 1971 dem Bundestag einen Bericht vor, verbunden mit dem Antrag, eine ausführliche Enquête zur Lage der Psychiatrie in der BRD erstellen zu lassen. Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit berief eine Sachverständigen-Kommission ein und vereinbarte mit den Sachverständigen die Arbeitsgrundsätze für die Erstellung der Enquête.

Zur Erarbeitung der einzelnen Themenbereiche wurden die Teilkommissionen ermächtigt, weitere Sachverständige zuzuziehen und sogenannte Arbeitsgruppen zu bilden.

Die Geschäftsführung wurde der "Aktion Psychisch Kranke, Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V." übertragen.

Bei der Erhebung der Ist-Daten leisteten die Obersten Gesundheitsbehörden der Bundesländer die erforderliche Hilfestellung.

Vertreter des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit nahmen an sämtlichen Sitzungen und Arbeitstagungen der verschiedenen Expertenteams und Arbeitsgruppen teil und begleiteten auf diese Weise kontinuierlich die Arbeit der Sachverständigen-Kommission.

Im Oktober 1973 legte die Kommission einen Zwischenbericht vor.

Anläßlich des Zwischenberichts wurde von seiten des Fachgebiets Psychotherapie/Psychosomatik bemängelt, daß die zahlenmäßig stärkste Gruppe von psychisch Kranken - die psychoneurotisch und psychosomatisch Kranken - bei der Erstellung der Enquête bislang unzulänglich berücksichtigt worden seien.

Durch das Überwiegen der Klinikpsychiater in der Sachverständigen-Kommission werde das in den letzten 25 Jahren vom Fachgebiet Psychotherapie/Psychosomatik entwickelte Versorgungssystem für diesen Patientenkreis in die Enquête nicht ausreichend aufgenommen.

Hier wurde der alte historisch gewachsene Konflikt zwischen Schulpsychiatrie einerseits und Psychotherapie/Psychosomatik andererseits offenbar, der in der Bundesrepublik Deutschland bislang eine gemeinsame Strategie zur Versorgung psychisch Kranker verhindert hatte, und der in der Geschichte nicht unwesentlich zusammenhing mit der Diffamierung der Psychoanalyse als "jüdische Wissenschaft" (Drucksache 7/4200, S. 64).

Der Vorstand der Sachverständigen-Kommission akzeptierte die Kritik der Vertreter der Fachbereiche Psychotherapie/ Psychosomatik und anerkannte die Notwendigkeit einer engen Verflechtung von Psychiatrie und Psychotherapie für die anvisierten Reformbemühungen.

So kam es im Dezember 1973 zur Bildung einer Arbeitsgruppe "Psychotherapie/Psychosomatik".

Unter dem Druck des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit gelang es in zahlreichen Harmonisierungskonferenzen, die Standpunkte der Psychiatrie und Psychotherapie gegenseitig anzunähern. Damit wurde in den beiden Jahren 1974 und 1975 in der Bundesrepublik nachgeholt, was im Ausland ein halbes Jahrhundert früher vollzogen worden war: die produktive Auseinandersetzung der medizinisch-biologisch orientierten Psychiatrie mit der psychoanalytisch ausgerichteten Psychotherapie.

Allein diese Zusammenarbeit kann bereits als erstes positives Ergebnis der Psychiatrie-Enquête bezeichnet werden.

Die Sachverständigen-Kommission hat dies zum Ausdruck gebracht in der Präambel zum Schlußbericht (Drucksache 7/4200, 1975, S. 5).

> Eine für alle gewinnbringende Erfahrung der Sachverständigen-Kommission und ihrer Arbeitsgruppen liegt darin, daß historisch bedingte Hindernisse einer Zusammenarbeit überwunden werden konnten und daß damit die vielfältigen, wissenschaftlichen Erkenntnisse, Erfahrungen und Konzepte der einzelnen Fachrichtungen einer gemeinsamen Versorgung aller psychisch Kranken künftig zugute kommen können.

Im November 1975 wurde die Enquête zur Lage der Psychiatrie in der BRD dem Bundestag zugestellt und veröffentlicht.

In der Präambel wird in kurzen Zügen auf die veränderte Situation der Medizin und Psychiatrie eingegangen: (a.a.O., S. 4)

- auf die Veränderung des Krankheitsspektrums als Folge des medizinischen Fortschritts: anstelle der Infektionskrankheiten stehen heute im Vordergrund medizinischen Interesses die Probleme Krebs, Gelenkerkrankungen, Herz-Kreislaufstörungen und psychische Erkrankungen;
- auf die verbesserte Beeinflußbarkeit psychischer Leiden durch verbesserte Behandlungsmethoden medikamentöser, psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Art, die es ermöglicht haben, "viele psychische Krankheiten erfolgreich zu behandeln und bislang für unheilbar gehaltene Leiden zu beeinflussen".

Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der Enquête:
(Drucksache 7/4200, 1975)

Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der BRD ist dringend verbesserungsbedürftig!

Folgende Mängel werden festgestellt:

1. 60 % der chronisch Kranken und Behinderten sind zum Zeitpunkt der Erhebung unter mißlichen Bedingungen in veralteten Großkrankenhäusern aus dem letzten Jahrhundert untergebracht
   - die Bettenzahl ist zu groß
   - die Personalausstattung ungenügend
   - die Bausubstanz veraltet
   - die geographische Lage ungünstig

2. Es fehlt an alternativen Einrichtungen, die eine Rückgliederung in die Gemeinde ermöglichen könnten.

2.1 Die ambulante Versorgung ist mangelhaft:

- Die Kapazität der niedergelassenen Psychiater, Psychotherapeuten und der Beratungsstellen ist ungenügend, die geographische Verteilung unbefriedigend.
- Es fehlen ambulante Dienste an gemeindenahen Krankenhäusern.
- Es gibt keine mobilen Einsatzdienste zur aktiven nachgehenden Betreuung der psychotischen und suchtkranken Patienten, die nicht in den Praxen niedergelassener Psychiater oder Psychotherapeuten auftauchen.
- Es fehlt an teilstationären Einrichtungen:
  Tageskliniken
  Nachtkliniken
- Es fehlt an komplementären Diensten:
  Übergangsheimen
  Wohnheimen
  beschützten Wohngruppen
  Tagesstätten
  Patientenclubs
  Werkstätten für Behinderte
  beschützten Arbeitsplätzen

2.2 Im Gegensatz zu den körperlich Kranken können psychisch Kranke normalerweise im Allgemeinkrankenhaus der Heimatgemeinde nicht stationär versorgt werden. Zur stationären Behandlung werden sie gemeindefern in psychiatrischen Fachkrankenhäusern untergebracht und ihres sozialen Kontaktes beraubt.

2.3 Es fehlt an qualifiziertem Personal in allen Diensten und Berufsgruppen infolge unzureichender Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung.

2.4 Es besteht ein Mangel an Einrichtungen für besondere Alters- und Patientengruppen:

- für psychisch gestörte Kinder und Jugendliche
- für psychisch kranke alte Menschen
- für Suchtkranke (Alkoholkranke und Drogenabhängige)

2.5 Mangelhafte Koordination und planloses Nebeneinanderarbeiten der an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Dienste führt zu Fehlplacierungen, die den Patienten nicht gerecht werden und unnötige Mehrkosten verursachen.

Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter
(Drucksache 7/4200)

Ziele der Reform:

- Früherkennung von psychischen Störungen
- Vermeidung von stationärer Behandlung
- Erhaltung des Kranken und Behinderten in seinem Lebensbereich; Vermeidung von Ausgliederung
- Anpassung des stationären Angebots an den Bedarf psychisch Kranker

Maßnahmen zur Verwirklichung dieser Ziele:

- Aufklärung der Bevölkerung
- Schulung der Berufsgruppen, die psychische Störungen frühzeitig erkennen und Hilfe einleiten können
- Anleitung und Unterstützung der Bezugspersonen
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen

- Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems in der Gemeinde (Standardversorgungsgebiet), das einschließt:
  - Beratungsdienste
  - ambulante Dienste
    (niedergelassene Fachärzte, Psychotherapeuten und Krankenhausambulanz)
  - stationäre Fachabteilungen am Allgemeinkrankenhaus
  - teilstationäre Einrichtungen
    (Tagesklinik, Nachtklinik)
  - komplementäre Einrichtungen
    (Übergangsheime, beschützte Wohngruppen, Tagesstätten, Patientenclubs, usw.)
  - Rehabilitationseinrichtungen
    (beschützte Arbeitsplätze, Werkstätten für Behinderte)

- Koordination aller Dienste auf kommunaler Ebene, Einrichtung von Ausschüssen und Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften

- Umstrukturierung und Verkleinerung der psychiatrischen Krankenhäuser

- getrennte Versorgung von geistig Behinderten

- Einrichtung von Spezialdiensten
  für Kinder und Jugendliche
  für alte Menschen
  für Suchtkranke
  für psychisch kranke Straftäter
  für Epilepsie-Kranke
  für Hirnverletzte
  für Nichtseßhafte

- Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker

- multidisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, psychotherapeutischer, sozialer und heilpädagogischer Berufe

- Förderung der Ausbildung und Weiterbildung und Fortbildung

- Förderung der Forschung

Die Psychiatrie-Enquête hat damit die Rahmenbedingungen genannt zur Beseitigung der groben inhumanen Mißstände in der Versorgung psychisch Kranker:

- das Prinzip der gemeindenahen Versorgung
- das Prinzip der am Bedarf orientierten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter
- das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken
- das Prinzip einer bedarfsgerechten Koordinierung aller Versorgungseinrichtungen
  (Drucksache 7/4200, S. 408)

Diese Prinzipien - im Sinne von Rahmenbedingungen - wurden 1979 von der Bundesregierung in ihrer Stellungnahme als für sie verbindlich anerkannt (Drucksache 8/2565 vom 7.2.1979).

3 Politische Auswirkungen der öffentlichen Diskussion zur Lage der Psychiatrie

3.1 Erste gesetzgeberische Konsequenzen des Bundes

3.1.1 Das Rehabilitationsangleichungsgesetz vom 1. Oktober 1974 (aus Drucksache 7/4200, S. 355)

Es schreibt de jure die Gleichbehandlung körperlich, geistig und seelisch Behinderter fest.

- Es fordert die Rehabilitationsträger auf, die erforderlichen Versorgungseinrichtungen ausreichend zur Verfügung zu stellen.

- Es regelt die Leistungsverpflichtung der einzelnen Rehabilitationsträger.

- Es zieht die gesetzliche Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger mit ein, was den mitversicherten Familienangehörigen zugutekommt, und

- es begründet einen Rechtsanspruch auf gleiche Leistungen trotz unterschiedlicher Rehabilitationsträger.

3.1.2 Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 (BGBl. I, S. 1061) (zit. nach Drucksache 7/4200, S. 358 f.)

Es bezieht geistig und seelisch Behinderte in die Kranken- und Rentenversicherung ein, wenn sie "in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht". (Artikel 1, § 2, Abs. 2, Satz 1)

§ 205, Abs. 3, Satz 2 RVO
untersagt den Krankenkassen, die Familienhilfe für geistig, seelisch, körperlich behinderte Kinder auf ein bestimmtes Lebensalter zu beschränken.

§ 176c RVO
eröffnet den nicht versicherungspflichtigen geistig oder seelisch Behinderten mit einer MdE über 50 % die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 1233, Abs. 1, Satz 1 RVO
(in Zusammenwirken mit den geänderten Paragraphen:
§ 10, Abs. 1, Satz 1 AVG und § 33, Abs. 2 RKG)
eröffnet nicht versicherungspflichtigen Behinderten ab dem 16. Lebensjahr die Möglichkeit, freiwillig Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu entrichten.

3.1.3 Das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz - KVWG) vom 28. Dezember 1976
(BGBl. I, S. 3871)
(zit. nach Bärsch, M. et al. 1982, S. 47 f. und nach Drucksache 7/4200, S. 360 f.)

§ 368 RVO
intendiert die Abwendung von Unterversorgung.

§ 368 (4) RVO
Erstellung eines Bedarfsplans für die ambulante Versorgung.

§ 368o (2) RVO
Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen stellt anhand dieses Bedarfsplans den Zustand der Unterversorgung fest.

§ 368r (2) und (3) RVO
bietet die Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung für ausreichend versorgte Gebiete.

§ 368n (7) RVO
bietet den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die Möglichkeit zur Teilanhme an der ambulanten psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung durch Abschluß von Institutsverträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung.
Voraussetzung:

ausreichende personelle und räumliche Ausstattung der Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen;

für die Beteiligung der Fachabteilungen an der ambulanten Versorgung wird eine Bedarfsprüfung durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen vorausgesetzt*.

3.1.4 Das Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz) vom 7. August 1974 (BGBl I, 1873) (aus Drucksache 7/4200, S. 375 f.)

Es versagt die Erlaubnis zum Betreiben von Heimen, wenn u.a. die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner nicht ausreichend gewahrt werden, z.B. die gesundheitliche und ärztliche Betreuung, und wenn die Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohner im Heim selbst oder in anderer angemessener Weise nicht gewährleistet ist.

---

* Bisher konnten nur einzelne Klinikärzte von der kassenärztlichen Vereinigung zu ambulanter Betätigung ermächtigt werden und diese Leistung als Nebentätigkeit erbringen.

3.2 Förderung von Modelleinrichtungen durch die Bundesregierung

3.2.1 Der sogenannte kleine Modellverbund 1976 - 1981

unter dem Titel:

> Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung.
> (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1982)

Im Modellverbund sollen die Forderungen der Sachverständigen-Kommission nach Verlagerung der Versorgung psychisch Kranker vom stationären in den ambulanten und komplementären Bereich auf ihre praktische Machbarkeit überprüft werden.

Neue Versorgungskonzepte sollen entwickelt werden, unter dem Motto: soviel extramurale Versorgung wie möglich, so wenig intramurale wie nötig!

Vom Modellverbund werden folgende Hinweise erwartet:

- wie die von den Sachverständigen festgestellten Versorgungslücken bedarfsgerecht geschlossen werden können,
- wie die notwendige Verlagerung von der stationären Versorgung in den komplementären und ambulanten Bereich erfolgen sollte,
- wie die vorgeschlagenen Kooperations-, Koordinations- und Organisationsformen für die verschiedenen Ebenen zu schaffen sind,
- auf welche Weise Selbsthilfe gefördert werden kann,
- wie offene Kosten- und Finanzierungsregelungen, z.B. im komplementären und ambulanten Bereich, herbeigeführt werden können.

(Drucksache 8/2565, S. 6 f., zit. nach BMJFG 1982)

Vom Modellverbund erwartet die Bundesregierung für ihre eigene Arbeit Aufschlüsse über rechtliche Hindernisse bei der Verwirklichung der Enquête-Empfehlungen und Anregungen für gesetzgeberische Konsequenzen.

Folgende Einrichtungen werden im Rahmen des kleinen Modellverbunds von 1976 bis 1981 von der Bundesregierung gefördert: (BMJFG 1982, S. 18 ff.)

3.2.1.1 die Psychosoziale Beratungsgruppe, 2930 Varel:
als mobile Beratungsgruppe in einem ländlich strukturierten Bezirk;

3.2.1.2 die Psychosoziale Kontaktstelle, 2102 Hamburg-Wilhelmsburg:
als Kontaktstelle in einem unterversorgten großständtischen Randgebiet mit Unterschichtbevölkerung;

3.2.1.3 die Ambulante Psychiatrie, 6000 Frankfurt/Main:
zur Auswertung der Erfahrungen des Gesundheitsamts und Sozialamts einer Großstadt auf dem Gebiet der ambulanten Psychiatrie;

3.2.1.4 der Sozialpsychiatrische Dienst, 3110 Uelzen:
als mobile Einrichtung einer psychiatrischen Klinik in einer ländlichen Region;

3.2.1.5 der Verbund einer psychiatrischen Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus mit ambulanten Diensten, 3490 Bad Driburg:
zum Aufbau einer Psychiatrischen Gesamtversorgung in einer umschriebenen, dünnbesiedelten, ländlichen Region;

3.2.1.6 ein dezentrales Angebot teilstationärer und ambulanter Dienste, 3000 Hannover:
zur Prüfung der Wirksamkeit sozialpsychiatrischer Beratungsstellen des Gesundheitsamtes einer Großstadt und
zum Aufbau einer gemeinsamen Familienberatungsstelle durch das Gesundheitsamt und die Psychiatrische Klinik;

3.2.1.7 der Psychiatrische Sozialdienst, 5000 Köln:
als mobiler Sozialdienst einer Landesklinik in einem umschriebenen Großstadtbezirk;

3.2.1.8 die Landesklinik, 4050 Mönchengladbach:
zum Aufbau eines gemeindenahen Versorgungsnetzes durch ein kleines psychiatrisches Landeskrankenhaus;

3.2.1.9 ein Übergangsheim, 6800 Mannheim:
zur Erprobung der Bedeutung des Übergangsheims im gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz;

3.2.1.10 eine Tagesstätte, 5800 Hagen:
zur Erprobung der Bedeutung einer Tagesstätte im gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz;

3.2.1.11 die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, 6300 Gießen:
als Kooperationsmodell für Versorgungseinrichtungen einer Region.

Alle Projekte des Modellverbunds fühlen sich dem "g e m e i n d e p s y c h i a t r i s c h e n K o n z e p t" verpflichtet, dessen wichtigste Grundsätze lauten: (BMJFG 1982, S. 40)

- aktives Hineingehen in die Gemeinde

- Aktivierung von Selbsthilfemöglichkeiten in der Bevölkerung
- Vorrang der Selbst- und Nachbarschaftshilfe vor professioneller Hilfe
- Belassen der Hilfsbedürftigen im eigenen sozialen Umfeld
- Vorrang der ambulanten Hilfe und teilstationären Hilfe vor stationärer Hilfe

Nach 3-jähriger Laufzeit des Modellverbunds haben die Projekte folgende Erfahrungen gewonnen:
(Erster gemeinsamer Erfahrungsbericht der Beteiligten am Modellverbund 1976 - 1979 veröffentlicht durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1982)

Die Verwirklichung der, von allen anerkannten, gemeindepsychiatrischen Grundsätze wird erschwert und behindert durch folgende Faktoren:

1. Es klaffen zu große Lücken im Versorgungsnetz, so daß eine am Bedarf orientierte Hilfe oft nicht zur Verfügung gestellt werden kann. Beispielsweise erfolgt häufig stationäre Unterbringung ohne dringende Notwendigkeit, nur weil ambulante und teilstationäre Dienste fehlen.

2. Das Fehlen festgelegter Versorgungsverpflichtungen führt dazu, daß die verschiedenen Einrichtungen sich vorrangig um die leichteren und erfolgreich zu behandelnden psychischen Störungen der Mittelschicht kümmern und dem chronisch Kranken und dem sprachlich schwerer zugänglichen Unterschichtpatienten kein ausreichendes Hilfsangebot machen.

3. "Stünde ausreichend Wohnraum zur Verfügung könnten ca. 50 % der Bewohner von Heimen für psychisch Kranke und Behinderte entlassen und ambulant betreut werden." (a.a.O., S. 27)

4. Die Kostenregelung entfaltet eine Eigendynamik, die den gemeindepsychiatrischen Grundsätzen diametral entgegensteht, z.B.:
   - Die Krankenhausfinanzierungsregelung fördert die Bettenbelegung und die Verlängerung stationärer Behandlung.
   - Die Kassenabrechnung nach der Gebührenordnung unterdrückt selektiv die Leistungen im sozialen Umfeld.
   - Die Abrechnungspraxis über Krankenscheine macht Klienten von Teestuben und Kontaktstellen zu "Patienten" und fördert damit eine passive Konsumhaltung.

3.2.2 Der große Modellverbund ab 1980

unter dem Titel:

> Modellprogramm der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich.

Ziel des großen Modellverbunds ist die Erprobung der Einteilung in Standardversorgungsgebiete mit Förderung von Tageskliniken, Übergangswohnheimen, Tagesstätten, beschützenden Wohngruppen, psychosozialen Kontaktstellen, sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen an Krankenhäusern.

Die Durchführung dieses Modellprogramms ist gefährdet einerseits durch die gespannte Haushaltslage und die damit verbundenen Mittelkürzungen, andererseits durch die Weigerung einiger Bundesländer sich zu beteiligen, unter Hinweis auf die Kompetenzverwischung durch Mischfinanzierung.
(DGVT 1982, S. 44 und Landeskreistag 1981, S. 11)

3.3 Initiativen der Bundesländer

(DGVT 1982, S. 49 ff., Psychiatrieplan Baden-Württemberg 1974, Erster Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker 1980)

Zwischen 1973 und 1980 erstellen 7 Bundesländer Psychiatriepläne zur Neuordnung der psychiatrischen Versorgung.

Übereinstimmend wird darin das kassenärztliche Versorgungssystem als tragender Pfeiler der ambulanten Versorgung bezeichnet.

Zur Ergänzung der Tätigkeit der niedergelassenen Nervenfachärzte wird - außer im Psychiatrieplan Baden-Württembergs - die Einrichtung von Sozialpsychiatrischen Diensten angestrebt. Hamburg, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Saarland siedeln die Sozialpsychiatrischen Dienste beim Gesundheitsamt an, Bayern lehnt dies ausdrücklich ab. In Bayern sollen die Sozialpsychiatrischen Dienste von freien Trägern oder subsidiär von den Städten, Landkreisen und Regierungsbezirken eingerichtet werden. (Erster Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker 1980)

In Hessen, Hamburg und Bremen werden die Sozialpsychiatrischen Dienste mit therapeutischen Kompetenzen ausgestattet.

Zwischen 1969 und 1979 reformieren 5 Bundesländer ihre Unterbringungsgesetze:
Nordrhein-Westfalen 1969
Hamburg 1977
Niedersachsen 1978
Schleswig-Holstein 1979
Bremen 1979

Die Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten - Gesetze für psychisch Kranke (PsychKG) gehen über die Ordnungsfunktion der ehemaligen Unterbringungsgesetze hinaus und begründen einen Rechtsanspruch auf angemessene Hilfe.

Ziel der gesetzlich festgelegten Hilfsmaßnahmen ist die Befähigung zum menschenwürdigen und selbstverantwortlichen Leben in der Gemeinschaft.

Die Gesetzesnovellierung in Baden-Württemberg ist 1983 abgeschlossen. Baden-Württemberg weicht von der Gesetzesintention der Hilfe ab. Bezeichnenderweise heißt die Gesetzesnovelle Baden-Württembergs "Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker" und nicht wie in den vorgenannten 5 Bundesländern "Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten".

Im folgenden Abschnitt wird auf die Entwicklung in Baden-Württemberg gesondert eingegangen.

3.4 Entwicklung in Baden-Württemberg

3.4.1 Psychiatrieplan

1974 werden in einem Psychiatrieplan die Vorstellungen der Landesregierung dargelegt, wie die Versorgung der psychisch Kranken im Land Baden-Württemberg stufenweise verbessert werden soll. (Psychiatrieplan Baden-Württemberg 1974)

Die geplanten finanziellen Aufwendungen sollen schwerpunktmäßig den dringend erforderlichen Sanierungsmaßnahmen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser zugutekommen:

- der baulichen Sanierung;
- der Verbesserung der personellen Ausstattung;
- der Ergänzung durch zusätzliche therapeutische Einrichtungen, z.B. für Arbeitstherapie, Beschäftigungs- und Bewegungstherapie;
- der Einrichtung von Übergangsheimen und Nachtkliniken.

Dem Ziel der Gemeindenähe psychiatrischer Versorgung soll die schrittweise Verkleinerung der Einzugsgebiete der stationären Einrichtungen dienen:

- durch Neubauten z.B. PLK Hirsau, Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim;
- durch Einbeziehung nichtstaatlicher psychiatrischer Krankenhäuser in die psychiatrische Grundversorgung, z.B. Christophsbad in Göppingen und Rottenmünster/Rottweil;
- durch Schaffung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Zuteilung eines abgegrenzten Versorgungsbereichs, z.B. Karlsruhe, Stuttgart, Sigmaringen.

Die stationäre Einrichtung wird im Psychiatrieplan 1974 als Zentrum der Versorgung gesehn. Es gilt also die Versorgungsgebiete so zu verkleinern, die Zahl der stationären Einrichtungen so zu vermehren, daß der Kranke in relativer Nähe zu seiner Heimatgemeinde stationär untergebracht werden kann. Der Psychiatrieplan von 1974 strebt als Endziel 31 Versorgungsgebiete an.

Die Verbesserung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker wird 1974 ausschließlich über die Steigerung der Niederlassungsrate der Nervenfachärzte angestrebt und über eine ausgewogenere Verteilung ihrer Praxen in der Region. Zielvorstellung: 1 niedergelassener Nervenarzt auf 30.000 Einwohner.

Der für die ambulante Versorgung zuständige niedergelassene Facharzt stellt nach der Vorstellung des Psychiatrieplans die Verknüpfung zwischen intra- und extramuralen Einrichtungen her

- durch Konsiliartätigkeit in Allgemeinkrankenhäusern und nichtklinisch stationären Einrichtungen und
- durch Betreuung der Patienten in den zu schaffenden ergänzenden Übergangseinrichtungen.

Darüber hinaus wird erwartet, daß die sozialen Probleme der psychisch Kranken durch gute Zusammenarbeit der niedergelassenen Nervenärzte mit den Gesundheitsämtern, Sozialämtern und der PLK-Außenfürsorge gelöst werden können.

1979 erfolgt eine Revision des Psychiatrieplans von 1974. Die geplanten 31 Versorgungsgebiete werden auf 19 Versorgungsgebiete reduziert. Begründung des Sozialministeriums vom 14.8.1980:

> Nach zusätzlichem Ausbau des außerstationären Bereichs und bei Berücksichtigung der Tatsache, daß ein Großteil der psychisch Kranken vom niedergelassenen Arzt oder Facharzt betreut wird, ist dann ein ausreichend gemeindenahes Versorgungssystem für die psychisch Kranken errichtet.
>
> (zit. nach den Empfehlungen des Landkreistags 1981, S. 15)

1980 wird im Rahmen einer parlamentarischen Anfrage im Landtag die ambulante nevenärztliche Versorgung als ausreichend bezeichnet (DGVT 1982, S. 50).

3.4.2 Das Modellprogramm des Landes Baden-Württemberg 1980 - 1985

Am 22.7.1980 ergreift das Land Baden-Württemberg die Initiative zu einem eigenen Modellprogramm, in Konkurrenz zum "großen Modellverbund" der Bundesregierung.

Während das Bundesmodell die Realisierbarkeit der, von der Enquête vorgeschlagenen, Gesamtversorgung in einem Standardversorgungsgebiet überprüfen will (DGVT 1982, S. 44), konzentriert sich das baden-württembergische Modellprogramm vorwiegend auf den Ausbau von komplementären und rehabilitativen Einrichtungen (P. Schulte 1980, S. 108 f.).

Das Landesmodellprogramm wird von 1981 bis 1985 durchgeführt und mit 25 Millionen DM gefördert. 50 % der Kosten sind von den freien Trägern und Kommunen bereits in der Modellphase aufzubringen (a.a.O., S. 111).

Modellziele
(Paul Schulte, a.a.O., S. 108 ff.)

Durch das Landesprogramm

- soll vor allem untersucht werden, welche in der Psychiatrie-Enquête als notwendig genannten Dienste tatsächlich benötigt werden,
- sollen Erfahrungswerte über eine bedarfsgerechte Struktur, Größe und Ausstattung der Einrichtungen gewonnen werden,
- sollen die Voraussetzungen für ein sinnvolles Zusammenspiel der einzelnen Glieder der Rehabilitationskette erprobt werden,
- soll die Frage einer optimalen institutionellen Anbindung bzw. Eingliederung der weitgehend offenen Dienste untersucht werden,

- sollen die Auswirkungen der außerstationären Dienste auf den stationären Bereich geprüft werden.

Der Zielsetzung des Landesprogramms entsprechend sollen in den Modellversorgungsgebieten vor allem die Einrichtungen und Hilfen im komplementären und rehabilitativen Bereich ausgebaut und erprobt werden.

3.4.3 Die Empfehlungen des Landkreistags zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung

Im Juni 1981 richtet der Landkreistag Baden-Württemberg Empfehlungen an die Landkreise zur Verbesserung der außerklinischen Versorgung psychisch Kranker.

Es werden "die wichtigsten, sofort und überall realisierbaren" Hilfeelemente vorgestellt, die "überall ohne weitere modellhafte Erprobung eingerichtet werden können" (Landkreistag 1981, S. 9).

Im Teil C dieser Arbeit wird ausführlich auf die Landkreistag-Empfehlungen eingegangen im Zusammenhang mit den durch sie in Gang gesetzten Diskussionen und Aktivitäten im Landkreis Tübingen.

3.4.4 Novellierung des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes

Am 16.12.1981 legt das Sozialministerium einen Gesetzentwurf vor zur Ablösung des Unterbringungsgesetzes vom 16. Mai 1955. Im Laufe des Anhörungsverfahrens werden einige bedeutende Abänderungen vorgenommen, auf die an späterer Stelle eingegangen wird. Im September 1982 wird der veränderte Gesetzesentwurf dem Landtag zugeleitet und am 23. März 1983 mit geringfügigen Abweichungen verabschiedet.

Das neue Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz - UBG) vom 11. April 1983 (GBl 1983, S. 133) intendiert, die Praxis der Unterbringung psychisch Kranker auf eine ausreichende gesetzliche Grundlage zu stellen, die dem geltenden Rechtsverständnis entspricht.

Das Gesetz sieht eine Neuregelung vor für folgende Sachverhalte:

1. die Heilbehandlung:

   § 18 (1) begründet den Anspruch auf notwendige Heilbehandlung inclusive der "Maßnahmen, die erforderlich sind, um dem Untergebrachten nach seiner Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen".
   § 18 (2) legt die Duldungspflicht von Behandlungsmaßnahmen fest.

2. die Entscheidung über den Unterbringungsantrag:

   nach § 4 wird die Entscheidung nicht mehr von der Verwaltungsbehörde vorgenommen, sondern - wie in anderen Bundesländern - vom Richter des Amtsgerichts.

3. anerkannte Einrichtungen für eine Unterbringung:

   § 2 des Gesetzes ermöglicht eine zwangsweise Unterbringung auch in geeigneten kommunalen Krankenhäusern, privaten Krankenanstalten und alterspflegerischen Einrichtungen.

4. Ausweitung der Unterbringungsgründe

   auf die "erhebliche gegenwärtige Gefahr für Rechtsgüter anderer" § 1 (4),
   wobei in der Begründung zum Gesetzesentwurf unter anderem die Bedrohung von "Ehre" und "Vermögen" als Unterbringungsgründe angeführt werden.
   (Landtags-Drucksache 8/2990, S. 23)

5. Klausel für den Datenschutz:

§ 17 (5) verpflichtet den Untergebrachten, Angaben zur Person, zum Kostenträger und zum bisherigen Krankheitsverlauf zu machen.

6. Regelung der Rechte des Untergebrachten:

§ 6 legt das Recht fest auf persönliche Anhörung vor Gericht bzw. auf Anhörung des, mit der Verfahrenspflegschaft beauftragten, Rechtsanwalts.

§ 6 (3) Vom Gericht angehört werden soll - als zusätzliche Regelung für Unverheiratete und dauernd getrennt lebende Ehegatten - eine vom Betroffenen benannte Person seines Vertrauens.

§ 19 spricht dem Kranken das Recht auf persönliche Kleidung, persönliche Gegenstände, Empfang von Besuch, Führen von Telefongesprächen zu, wenn dadurch die Sicherheit und Ordnung des Krankenhauses nicht erheblich gestört werden.

§ 20 regelt das Postgeheimnis des Kranken.

§ 21 ermöglicht eine Beurlaubung bis zu 4 Wochen.

§ 23 spricht dem Untergebrachten das Recht zu, Maßnahmen gegen seine Person vom Amtsgericht prüfen zu lassen.

In 2 wichtigen Punkten wurden die Vorschläge des Sozialministeriums während der Anhörungsphase und während der Behandlung im Landtag korrigiert:

1. § 26 (2) des ursprünglichen Gesetzesentwurfs beabsichtigte, von dem Kranken, der zwangsweise untergebracht wird, 150,-- DM Gebühr zu erheben für die gerichtliche Anordnung der Unterbringung.
Dazu aus der Begründung des Sozialministeriums vom 3.2.1982 (Regierungspräsidium Tübingen 1982, S. 31):

> Durch die Ausformung der Bestimmungen ist sichergestellt, daß die zu erhebenden Kosten den Zahlungspflichtigen wirtschaftlich nicht überfordern und in einem angemessenen Verhältnis zur Bedeutung und Auswirkung der gerichtlichen Entscheidungen stehen.

Im § 27 des rechtskräftigen Gesetzes heißt es dagegen:

> Für das gerichtliche Verfahren und die Tätigkeit der Verwaltungsbehörden werden keine Kosten erhoben.

Die Begründung zu der veränderten Rechtslage liest sich wesentlich humaner: (Landtags-Drucksache 8/2990, S. 31)

> Die Tatsache der Krankheit soll für den Betroffenen nicht dazu führen, daß er - wie ein Verurteilter - Gerichtskosten zu übernehmen hat.

2. In § 15 des ursprünglichen Gesetzesentwurfs und § 16 der Gesetzesvorlage wird die Verwaltungsbehörde beauftragt, für die gerichtlich angeordnete Unterbringung die geeignete anerkannte Einrichtung auszuwählen. Dabei sollen neben den Wünschen des Betroffenen die Bedürfnisse der Einrichtungen nach gleichmäßiger Auslastung berücksichtigt werden.

   In der verabschiedeten Gesetzesfassung hat die Verwaltungsbehörde bei der Auswahl der Einrichtung ausschließlich patientenzentrierte Kriterien zu berücksichtigen:

   - "die Wünsche des Betroffenen"
   - "therapeutische Gesichtspunkte"
   - "der Grundsatz der Gemeindenähe"

Abweichungen des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes von den Psychisch-Krankengesetzen der anderen Bundesländer:

1. Die seit 1955 geltende 3-Tages-Frist zwischen fürsorglicher Aufnahme bzw. Zurückhaltung und richterlicher Entscheidung bleibt - mit Zustimmung des Bundesverfassungsgerichts vom 28.10.1980 (Landtags-Drucksache 8/2990, S. 27) - erhalten, um dem Patienten Bedenkzeit für eine eventuelle Einwilligung in die Krankenhausaufnahme zu geben.

   Die übrigen Bundesländer verlangen die richterliche Entscheidung vor Ablauf des folgenden Tages.

2. Andere Bundesländer sehen in ihren Gesetzen Besuchskommissionen vor aus sachkundigen Medizinern und Juristen. Baden-Württemberg tut dies nicht. Zitat aus der Begründung des Sozialministeriums vom 3.2.1982, S. 3:

   > Die Landesregierung hält solche Besuchskommissionen für nicht erforderlich. Den Betroffenen stehen ausreichend Möglichkeiten offen, sich gegen ungerechtfertigte Maßnahmen des Krankenhauses zu wehren. Sie können Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellen. Daneben steht dem Betroffenen jederzeit frei, sich an die Volksvertretung zu wenden.

3. Die Gesetze anderer Bundesländer über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten gehen, wie bereits dargestellt, über die Ordnungsfunktion der ehemaligen Unterbringungsgesetze hinaus und begründen einen Rechtsanspruch auf angemessene Hilfe.

   Das Gesetz Baden-Württembergs regelt ausschließlich die Unterbringung von psychisch Kranken und ihre Heilbehandlung während des Aufenthalts in der anerkannten Einrichtung. Ein Anspruch auf nachgehende Betreuung nach der Entlassung aus der Einrichtung ist nicht im baden-württembergischen Unterbringungsgesetz enthalten.

Zitat aus der Begründung des Sozialministeriums vom 3.2.1982, S. 3:

> Bewußt wurde davon abgesehn, Hilfen für psychisch Kranke außerhalb des Krankenhauses, d.h. die Vor- und Nachsorge gesetzlich zu regeln.
>
> Diese Hilfen werden wie bisher durch die zuständigen Träger weiter gewährt.

Es liegt in der Logik der gesetzlichen Intention, daß die baden-württembergische Gesetzesnovelle weiterhin "Unterbringungsgesetz" heißt, während die anderen Bundesländer "Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten" geschaffen haben.

4 Verdeutlichung der Effektivität von Gemeindepsychiatrie anhand von 3 Beispielen unterschiedlich organisierter sozialpsychiatrischer Versorgungsmodelle

Nachfolgend werden 3 Beispiele sozialpsychiatrischer Versorgung dargestellt:

4.1 "Lotse" in Hamburg-Wilhelmsburg -
Beispiel einer psychosozialen Kontaktstelle mit Versorgungsverpflichtung für Alkoholabhängige.

4.2 Hannover -
Beispiel der Versorgung einer Großstadt mit vier dem Gesundheitsamt angegliederten Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen und einer Beratungsstelle bei der Poliklinik der Medizinischen Hochschule.

4.3 Mönchengladbach -
Beispiel einer regionalen Vollversorgung, organisiert vom stationären Versorgungskern, einer kleinen psychiatrischen Klinik.

Die Auswahl der Beispiele beabsichtigt folgende Aussage, die sich aus den verschiedensten Erfahrungsberichten von Versorgungsmodellen herauskristallisiert hat:

Die Effektivität der Behandlung psychisch Kranker hängt ab von der Variabilität des therapeutischen Angebots.

Beispiel: Wenn ein psychisch Kranker in seinem Gesundungsprozeß so weit fortgeschritten ist, daß er die Verrichtungen des täglichen Lebens selbst zu übernehmen in der Lage ist, braucht er den erforderlichen Freiraum, um seine zurückkehrenden Kräfte zu üben.

Dann ist die vollstationäre Behandlung heilungshemmend. Wenn zwischen Krankenhausbett und "freier Wildbahn" kein Angebot abgestufter Betreuungsintensität gemacht wird, hat der psychisch Kranke nicht die Chance, unter langsam steigenden Anforderungen Fuß zu fassen im Leben der Gesellschaft.

Die Dosierung sozialpsychiatrischer Behandlung ist so wichtig wie die Dosierung von Medikamenten.

Stationäre Behandlung als Verlegenheitslösung in Ermangelung von ambulanter Betreuung und von komplementären Einrichtungen - das ist Überdosierung und verstößt gegen die Regeln der Kunst.

Am Beispiel des "Lotsen" in Hamburg-Wilhelmsburg kann gezeigt werden, daß isolierte Einrichtungen - wiewohl von hohem persönlichem Engagement der Organisatoren und Mitarbeiter getragen - oft auf verlorenem Posten arbeiten, wenn die notwendigen ergänzenden Einrichtungen nicht zur Verfügung stehn und die Personalausstattung unzureichend ist. Einzelne Maschen ersetzen kein Netz!

Beispiel: Die Bemühung, einen Suchtkranken zur Entwöhnungsbehandlung zu motivieren, verliert ihren Sinn, wenn der erforderliche Behandlungsplatz nicht zur Verfügung steht.

Oder: Motivationsarbeit und Entwöhnungsbehandlung verlieren beide zusammen ihren Sinn, wenn die sozialen Lebensbedingungen so verfahren sind, daß sie dem aus der Behandlung Heimkehrenden keinen Neuanfang erlauben, und wenn kein Sozialarbeiter da ist, der, im Sinne von Nachsorge, Hilfestellung leisten kann bei der Klärung der Problemberge aus Schulden, Strafen, Arbeitsplatzverlust, Familienstreitigkeiten, schlechten Wohnverhältnisse, Nachbarschaftsquerelen u.a.m.

Die Beispiele Hannover und Mönchengladbach zeigen flächendeckende Versorgungsplanung teils in kommunaler, teils in klinischer Initiative.

Am Beispiel Hannover können Unterschiede zwischen behördenzentrierter und klinikzentrierter Organisation beobachtet werden. Bei einem insgesamt positiven Tenor der Bewertung der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes Hannovers wird die Behördenanbindung als Handikap beurteilt. Die einvernehmliche Konversion der 5. Beratungsstelle vom Gesundheitsamt zur Poliklinik der Medizinischen Hochschule zeigt entsprechend positive Auswirkungen.

Mönchengladbach repräsentiert die gelungene gemeindenahe Vollversorgung eines Standardversorgungsgebietes.

Die Beurteilung der Effektivität ist in den Berichten durchweg positiv. Hier wurden Planung und Aufbau des Versorgungsnetzes gesteuert vom Bedarf. Hier stand hinter dem Engagement der Mitarbeiter der Auftrag und der Wille des Landschaftsverbands, das Problem der Versorgung psychisch Kranker der Region so effektiv wie möglich zu regeln. Effektivität in der Behandlung psychisch Kranker setzt voraus, daß die Betreuungsintensität im Verlaufe des Krankheitsprozesses an den variierenden Bedarf angepaßt werden kann.

Je abgestufter und durchlässiger das Hilfsangebot einer Region ist, desto wohldosierter kann der therapeutische Eingriff sein, desto größer sind die Heilungs-Chancen, desto geringer die Therapiekosten.

Beispiel 1:

Psychosoziale Kontaktstelle "Lotse" Hamburg

Fährstr. 70, 2000 Hamburg-Wilhelmsburg
Tel. 040 / 74 99 99

Literatur:

M. Bärsch et al.: Skizzen zur ambulanten psychosozialen Versorgung. DGVT (Hrsg.) Tübingen 1982, S. 129 - 132.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit: Erfahrungsbericht der Beteiligten am Modellverbund "ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung". Schriftenreihe BMJFG Band 161, Stuttgart 1982.

K. Dörner et al.: Gemeindepsychiatrie. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1979, S. 73, 130 - 139.

Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie wurde im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg 1977 die psychosoziale Kontaktstelle "Lotse" eingerichtet. Eine 2-jährige Bedarfsanalyse hatte ergeben, daß dieser Stadtteil mit 50.000 Einwohnern - vorwiegend Arbeiterbevölkerung - dringend eine psychosoziale Einrichtung für Unterschichtklienten benötigte.

Organisationsform:

Träger der Kontaktstelle ist der gemeinnützige Verein "Hamburger Gesellschaft für Soziale Psychiatrie". Die Kontaktstelle "Lotse" liegt mitten im Wohngebiet, - untergebracht in einem ehemaligen Laden. Das Team besteht aus 3 Psychologen (1 1/2 Stellen), 3 Sozialarbeitern (2 1/2 Stellen), 1 Sekretärin (1/2 Stelle), 1 Zivildienstleistenden und 1 Pratikanten.

Die Betreuung ist personengebunden, d.h. jeder Hilfesuchende hat seine feste Bezugsperson im Team. Das unterschiedliche Sachwissen der Team-Mitarbeiter kommt durch gegenseitige Beratung zum Tragen: jeder lernt von jedem.

Neben Fallbesprechungen und gegenseitiger Supervision findet externe Supervision statt.

Die Arbeit des "Lotsen" wurde bis 1980 im Rahmen des Modellprogramms vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit finanziert. Seit 1981 hat die Stadt Hamburg die Finanzierung übernommen, obwohl der Anteil der nicht direkt klientenbezogenen Arbeit durch das Bundessozialhilfegesetz nicht abgedeckt ist.

Ein paritätisch vom Träger und Lotsen besetzter Beirat entscheidet über Personalfragen und Arbeitskonzept.

Aufgaben:

Der "Lotse" versteht sich als psychosoziale Kontaktstelle im Sinne der Psychiatrie-Enquête von 1975, S. 199: er

- bietet in akuten Konfliktfällen Beratungsmöglichkeiten an
- vermittelt den Kontakt zu therapeutischen Einrichtungen
- nimmt in Zusammenarbeit mit der Bevölkerung präventive Maßnahmen wahr
- wirkt mit an der Koordination der bestehenden Einrichtungen im Wohnbereich

Für die alkoholabhängigen und -gefährdeten Bewohner von Wilhelmsburg hat der "Lotse" die Versorgungsverpflichtung übernommen.

Die Arbeit des "Lotsen" steht unter dem Grundsatz: möglichst wenig professionelle Hilfe - möglichst viel Hilfe zur Selbsthilfe.

Aus diesem Grundsatz heraus liegt der Schwerpunkt der Arbeit im Aufbau von Selbsthilfegruppen, die nach anfänglicher Anleitung möglichst bald Selbständigkeit erlangen sollen - mit gelegentlicher professioneller Hilfestellung. Daneben steht die Bemühung um den Aufbau einer Laienarbeit.

Die Mitarbeiter des "Lotsen" bieten in einer Arztpraxis im Hochhausviertel von Wilhelmsburg Sprechstunden an. Zur Krisenintervention führen sie Hausbesuche durch. Es liegt ihnen daran, Bezugspersonen des Hilfsbedürftigen in die Gespräche mit einzubeziehen.

Ziel ihrer Bemühung ist, dem Betroffenen behilflich zu sein, die akute Krise zu bewältigen und dabei Verhaltensweisen zu lernen, die sich auch in zukünftigen Krisen als tragfähig erweisen. K. Dörner nennt dies, die Selbsthilfekompetenz des Menschen zu stärken (Dörner 1979).

Neben der Betreuung von Klienten, der Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen und der Anleitung von Laienhelfern bemüht sich der "Lotse" Wohngruppen aufzubauen - in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamts und den Trägern der Wohn- und Übergangsheime.

Klientel:

Entsprechend des Einzugsgebiets ist die Klientel der Unterschicht zuzurechnen. 50 % der Klienten haben Alkoholprobleme. Eheprobleme und finanzielle, rechtliche und behördliche Schwierigkeiten sind die häufigsten Anlässe, den "Lotsen" aufzusuchen.

Da die Mehrzahl der Klienten Frauen sind, nehmen auch Erziehungsprobleme und das Problem der Einsamkeit einen wichtigen Stellenwert ein.

Probleme des "Lotsen":

1. Die Krisenintervention beansprucht einen höheren Zeitaufwand als ursprünglich angenommen und bindet zu viel personelle Kapazität.

2. Es fehlen in Hamburg-Wilhelmsburg Einrichtungen, an die der "Lotse" hilfsbedürftige Klienten weitervermitteln könnte.

3. Zur Erfüllung der Versorgungsverpflichtung für Klienten mit Alkoholproblemen steht nur 1 Personalstelle zur Verfügung. In einem Arbeiterwohngebiet mit 50.000 Einwohnern und großer Alkoholproblematik ist dies weniger als ein Tropfen auf einen heißen Stein.

4. In der Laienhelferarbeit zeigt sich das Problem des Umkippens nachbarschaftlich-gleichberechtigter Beziehung in eine Patienten-Betreuer-Beziehung. Letztere verstärkt aber die Tendenz zum passiven Entgegenehmen von Hilfe und steht der Stärkung der Selbsthilfekompetenz entgegen.

Beispiel 2:

Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Hannover

Literatur:

M. Bärsch et al.: - Sozialpsychiatrische Beratungsstellen in Hannover.
- Beratungsstelle für soziale und psychische Probleme, Hannover-Linden.
- Beratungsstelle für soziale und psychische Probleme Hannover Walderseestraße

In: Skizzen zur ambulanten psychosozialen Versorgung. DGVT (Hrsg.) Tübingen 1982, S. 71 - 81.

D. v. Ekesparre: Beratungsstellen für soziale und psychische Probleme der Stadt Hannover. Organisation, Aufgaben, Ergebnisse
In: Bauer und Rose, Aktion psychisch Kranke, Köln 1981, S. 145 - 156.

Schlia, J./Blum, P.: Sozialpsychiatrische Beratung in Hannover - Stationen einer Entwicklung. Dissertation Psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover 1979.

Zwischen 1967 und 1977 wurde - in enger Zusammenarbeit der Medizinischen Hochschule Hannover, der Stadt Hannover, der umliegenden Nervenkliniken und des Landes Niedersachsen - eine Vollversorgung für psychisch Kranke in der Stadt Hannover aufgebaut.

Die Stadt mit etwa 550.000 Einwohnern wurde in 5 Sektoren - Versorgungsgebiete - eingeteilt und jeder Sektor einem aufnahmepflichtigen psychiatrischen Krankenhaus zugeordnet. In jedem Sektor wurde ein Sozialpsychiatrischer Dienst eingerichtet.

Organisationsform des Sozialpsychiatrischen Dienstes:

Vier der Sozialpsychiatrischen Dienste sind dem Gesundheitsamt angegliedert - in Form dezentralisierter Außenstellen -, der fünfte Sozialpsychiatrische Dienst ist in die stadtteilzentrierte Poliklinik II der Medizinischen Hochschule integriert.

Mitarbeiter:

Jede Sozialpsychiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamts verfügt über ein multiprofessionelles Team aus 1 Psychiater, 1 Sozialarbeiter, 1 Krankenschwester mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung, 2 Sozialarbeiterpraktikanten im Anerkennungsjahr und 1 Sekretärin.

Finanzierung:

Personal- und Sachkosten eines solchen Teams betragen 250.000,-- DM/Jahr.

Auf der Basis von Ermächtigungsverträgen mit den Fachärzten der Beratungsstellen zahlen die RVO-Kassen 100,-- DM Pauschale pro Patient im Quartal, die Ersatzkassen über Einzelleistungsabrechnung ebenfalls etwa 100,-- DM pro Patient und Quartal.

Die Kapazitätsgrenze pro Team wird bei 200 - 250 Patienten pro Quartal erreicht. Insgesamt decken die Kassenleistungen nur 20 % der Gesamtkosten ab. Die Restkosten gehen zu Lasten der Stadt Hannover, welche Träger des kommunalen Gesundheitsamts ist.

Aufgaben
der 4 Sozialpsychiatrischen Dienste, die dem Gesundheitsamt angeschlossen sind:

40 % amtsärztliche und Amtshilfeaufgaben
60 % beratende-therapeutische Aufgaben

> Die Hauptaufgabe dieser Dienste ist die Betreuung von Problemgruppen ambulanter psychiatrischer Versorgung, die vom kassenärztlichen System nicht erreicht werden.
> (M. Bärsch et al., DGVT 1981, S. 72)

1. Behandlung von Krisen und leichteren Erkrankungen im sozialen Umfeld des Patienten.

2. Einweisung behandlungsbedürftiger Patienten in die stationäre Einrichtung.

3. Nachgehende Betreuung nach der Entlassung aus der stationären Behandlung.

4. Vermittlung von sozialen und beruflichen Hilfen.

5. Beratung anderer Einrichtungen, die mit psychosozialen Problemen konfrontiert sind.

Die Einbindung der Sozialpsychiatrischen Dienste Hannovers in das Gesundheitsamt verbunden mit der Ermächtigung zur Therapie stellt eine Besonderheit dar. Sozialpsychiatrische Dienste bei Gesundheitsämtern haben ansonsten in der Bundesrepublik keine Möglichkeit zur Therapie.

Klientel:
(D. v. Ekesparre 1981)

61,1 % Frauen		38,9 % Männer
davon		davon
26 %	Psychosen	13,6 %
22,5 %	Suchtkranke	39,5 %
9,5 %	psychogeriatrische Erkrankungen	10,9 %
10,8 %	Neurosen	9,5 %
14,3 %	soziale Konflikte	6,1 %

Die soziale Statistik der Beratungsstellen zeigt, daß die Klientel überwiegend der unteren Mittelschicht und Unterschicht angehört.

Die Klientel entspricht somit nicht dem Klientel der niedergelassenen Nervenärzte. Diese Klienten suchen erfahrungsgemäß nur in seltenen Fällen niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten und Beratungsstellen auf.

Auch die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen Hannovers werden nur von den wenigsten Klienten aus eigenem Antrieb aufgesucht. 80 % werden durch Dritte zugewiesen.

Eine Gruppe von schwerstgestörten Psychotikern und Neurotikern hat sich auf einen Vertrag mit der Beratungsstelle eingelassen, der die Teilnahme an einer wöchentlichen Gruppenbehandlung, falls erforderlich, die regelmäßige Verabreichung von Depotneuroleptika und nachgehendes Aufsuchen im Falle des Wegbleibens festlegt.

Auf diese Weise konnte diese Gruppe über 4 Jahre ambulant behandelt werden trotz teilweise schwerster psychotischer Zustände.

> Für diese Patienten stellt inzwischen die Beratungsstelle ein heimatlicher Ort dar, wo ihre Fähigkeiten bestärkt, sie nicht abgewertet werden und wo Besonderheit und Auffälligkeit im Denken und Verhalten angenommen, toleriert und auch korrigiert werden.
>
> (D. v. Ekesparre 1981)

Probleme

der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen des Gesundheitsamts Hannover:
(nach dem Bericht von D. v. Ekesparre 1981)

1. Kontrollfunktion und Betreuungsfunktion in Personalunion:

   Der auf Vertrauen angewiesene Therapeut und Betreuer hat gleichzeitig hoheitsrechtliche Aufgaben zu erfüllen: Entmündigung, Pflegschaft, Zwangseinweisung, usw. und kann jederzeit von anderen Ämtern zu Amtshilfeaufgaben herangezogen werden.

2. Die zentrale Datei des Gesundheitsamts:

Eine sichere Trennung der Daten, die einerseits bei Gewährung von Hilfe und andererseits bei amtsärztlichen Aufgaben gewonnen werden, ist nicht garantiert.

3. Die Struktur einer Behörde:

> Problematisch ist und bleibt darüber hinaus für eine Arbeit, die ein ausreichendes Maß an Flexibilität und Unkonventionalität zur Entwicklung neuer Arbeitsweisen und Problemlösungen braucht, die Einbindung der Stellen in das Gesundheitsamt, das als Behörde hierarchisch gegliedert und schwerfällig ist.
>
> (D. v. Ekesparre 1981, S. 155)

4. Die Modalität der Kassenabrechnung:

Sie zwingt zu psychiatrischer Diagnosestellung. Aus Abrechnungsgründen müssen - zum Beispiel - Menschen in Lebenskrisen auf die Bezeichnung einer Krankheit festgeschrieben werden.

Die fünfte Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Hannovers (Walderseestr. 1) wurde vor 2 Jahren aus dem Gesundheitsamt ausgegliedert und der Medizinischen Hochschule zugeordnet.

Nach dem Bericht in DGVT 1982, S. 73 - 84, ist die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt nach wie vor gut. Die organisatorische Unabhängigkeit von der Behörden-Institution Gesundheitsamt wurde vom Team als Erleichterung für die Arbeit erlebt.

Das Team dieser Beratungsstelle klagt ebenfalls über das Problem der Abrechnungsmodalität. Das Abverlangen eines Krankenscheins wirkt oft befremdlich und kontaktschädigend. Zudem werden gerade notwendige Aktivitäten im sozialen Umfeld der Klienten nicht oder ungenügend vergütet.

Der Zwang zum Effizienznachweis und zur Kostendeckung könnte die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle dazu verlocken, im Stile eines niedergelassenen Nervenarztes zu arbeiten. Das wäre aber nicht zu vereinbaren mit der Bemühung gerade um diejenige Zielgruppe, die mit den Möglichkeiten einer Praxis nicht ausreichend betreut werden kann.

Beispiel 3:

Regionale Vollversorgung in Verantwortung der Rheinischen Landesklinik Mönchengladbach

Heinrich-Pesch-Str. 39 - 41, 4050 Mönchengladbach 2

Literatur:

M. Bärsch et al.: Ambulanz der Rheinischen Landesklinik, Mönchengladbach
In: Skizzen zur ambulanten psychosozialen Versorgung. DGVT (Hrsg.) Tübingen 1982, S. 83 - 86.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit: Erfahrungsbericht der Beteiligten am Modellverbund "ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung". Schriftenreihe BMJFG Band 161, Stuttgart 1982.

K. Dörner et al.: Gemeindepsychiatrie, Stuttgart 1979, S. 151 - 156.

E. Spanken: Rheinische Landesklinik - Darstellung einer Nachsorgeambulanz.
In: Bauer und Rose: Aktion psychisch Kranke, Köln 1981, S. 137 - 141.

E. Spanken: Aufbau eines regionalen Versorgungsnetzes durch ein Landeskrankenhaus.
In: Katholische Akademie Stuttgart-Hohenheim. Mehr soziale Psychiatrie - aber wie? Hohenheimer Protokolle 1980, S. 21 - 32.

Der Landschaftsverband Rheinland übernahm Anfang der 70er Jahre das stillgelegte Allgemeinkrankenhaus der Stadt Rheydt mit der Absicht, eine kleine psychiatrische Klinik einzurichten als Zentrum einer umfassenden psychiatrischen Versorgung der Region.

Die neugeschaffene Klinik mit dem Namen Rheinische Landesklinik Mönchengladbach bekam den Auftrag, eine Versorgungskette im weitesten Sinne für die psychisch Kranken der Region aufzubauen.

Die Bemühungen der Klinik um die Organisation einer regionalen Vollversorgung wurden 1976 honoriert und gefördert durch die Aufnahme des Projekts in den kleinen Modellverbund der Bundesregierung.

Organisationsform:

Träger der Klinik: der Landschaftsverband Rheinland.
Die Rheinische Landesklinik Mönchengladbach und ihre teilstationären, ambulanten und komplementären Einrichtungen sind zuständig für die Versorgung der psychisch Kranken eines Stadtbezirks mit 150.000 Einwohnern. Sie arbeiten nach gemeindepsychiatrischen Grundsätzen:

- Gemeindenähe
- interdisziplinäres Team
- Förderung der Eigenverantwortung
- möglichst wenig stationäre Hilfe zugunsten der ambulanten Hilfe im sozialen Umfeld

Der k l i n i s c h e B e r e i c h umfaßt 130 Betten auf 3 allgemeinpsychiatrischen Stationen, einer Suchtkrankenstation und einer Station für psychisch Alterskranke.

Auf den Stationen gilt das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft, in der alle Mitarbeiter eigenverantwortlich ihre unterschiedlichen Fähigkeiten in den therapeutischen Prozeß einbringen, mit dem gemeinsamen Ziel: im Umgang mit den Pa-

tienten möglichst weitgehend deren Eigenverantwortung zu fördern. Voraussetzung ist die sorgfältige Abstimmung der gleichberechtigten Teammitarbeiter und die gegenseitige Beratung und Supervision.

Der mobile Dienst macht es möglich, das soziale Umfeld des Patienten in die Behandlung mit einzubeziehen.

Die geforderte Durchlässigkeit der stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen wird gewährleistet durch die lückenlos aufgebaute Versorgungskette und die enge Zusammenarbeit aller Einrichtungen.

Die T a g e s k l i n i k übernimmt zu einem möglichst frühen Zeitpunkt die Patienten von den Stationen. Im ersten Schritt können die Patienten noch die Nächte auf den Stationen verbringen. Im zweiten Schritt verbringen sie die Nächte und Wochenenden schon zuhause, stehen aber noch in ganztägiger Behandlung der Tagesklinik. Kapazität der Tagesklinik 30 - 35 Patienten.

Nach der Entlassung aus der Tagesklinik übernimmt die N a c h s o r g e a m b u l a n z die Betreuung. Die Kontinuität der Behandlung und Betreuung wird in der Versorgungskette von Mönchengladbach dadurch gewährleistet, daß die Mitarbeiter der Ambulanz gleichzeitig auch auf den Stationen arbeiten.

Der Therapeut, der den Patienten auf der Station kennengelernt hat, betreut ihn zuhause - oft über Jahre. Er ist in der Lage, Verschlechterungen und sich anbahnende Krisensituationen zu erkennen und rechtzeitig therapeutisch abzufangen.

Elmar Spanken berichtete anläßlich der Tagung der Akademie Hohenheim über "Mehr soziale Psychiatrie - aber wie?" am 9./10. Dezember 1980 von der Horizonterweiterung, die das Therapeutenteam durch die Hausbesuche - die Arbeit vor Ort - erfahren haben (Hohenheimer Protokolle 1980, S. 30):

> Mit dem einen Bein auf der Station, mit dem anderen draußen, das war oft eine wichtige Erfahrung für die Mitarbeiter. Es kommt oft zu grotesken Fehleinschätzungen der Fähigkeiten und Möglichkeiten eines Patienten, den man nur auf der Station sieht und dann entläßt.

Er fährt fort, er habe es zwar verstanden, halluzinatorische Psychosen zu diagnostizieren und medikamentös zu behandeln.

> Aber die Erfahrung, wie relevant eigentlich diese Psychose ist, was sie für den Patienten bedeutet, habe ich erst bei ihm zuhause gemacht, in der Kommunikation mit den Angehörigen, in der Art, wie er sich da verhält.

Die Nachsorgeambulanz widmet sich gezielt denjenigen chronisch psychisch Kranken, die so gut wie nicht die Praxen der niedergelassenen Nervenärzte aufsuchen und die in der Gefahr stehen, zu Dauerpatienten stationärer Einrichtungen zu werden.

Für Patienten, die nicht in die Selbständigkeit des Alleinlebens entlassen werden können, stehen inzwischen 3 Häuser zur Verfügung für beschützte Wohngemeinschaften. Die Wohngemeinschaften werden von der Nachsorgeambulanz betreut. Die Erfahrungen mit dieser Lebensform für relativ schwergestörte Patienten werden von den Mönchengladbacher Therapeuten als positiv bezeichnet.

Patienten, die wegen der Schwere ihre Verhaltensauffälligkeiten in Wohngemeinschaften nicht zurechtkommen können, haben die Möglichkeit, in einem kleinen Heim unter noch beschützteren Bedingungen leben zu können. Das W o h n h e i m bietet Platz für 30 Patienten.

Weitere komplementäre Angebote sind:
2 Patientenclus
6 Selbsthilfegruppen und
Freundeskreise für Suchtkranke

Die Patientenclubs bieten Freizeitaktivitäten an den Abenden und gleichzeitig die Möglichkeit zu therapeutischen Gesprächen. Zielgruppe sind solche Patienten, die in der Gefahr stehen, sich zurückzuziehen und in Isolation zu geraten. Die beiden Clubs werden von etwa 30 - 35 Personen besucht.

Die A l t e n h e i m e haben sozusagen die Funktion komplementärer Einrichtungen für gerantopsychiatrische Patienten übernommen, seit sie von der Rheinischen Landesklinik die regelmäßige Betreuung der, in die Altenheime verlegten, psychisch Alterskranken zugesagt bekommen haben.

Die Versorgungskette der Landesklinik Mönchengladbach umfaßt demnach für 150.000 Einwohner:

- 130 stationäre Betten
- 30 - 35 Plätze in der Tagesklinik
- eine Nachsorgeambulanz der Klinik mit der Möglichkeit zu mobilem Einsatz vor Ort und zur Krisenintervention
- 3 beschützte Wohngemeinschaften für je 7 Patienten
- ein Wohnheim mit 30 Plätzen
- betreute und nichtbetreute Selbsthilfegruppen
- Patientenclubs mit Therapieangebot
- eine Kontaktstelle (Teestube) im Stadtzentrum
- ein kleines Kontingent an Industriearbeitsplätzen zur Arbeitserprobung
  (ansonsten Zusammenarbeit mit den Werkstätten für Behinderte Hemmerden und Hephata, nach Dörner 1979, S. 155)

Finanzierung der Nachsorgeambulanz:

Bis 1980 finanzielle Förderung durch die Bundesregierung als Projekt des kleinen Modellverbunds. Seit 1.10.1980 besteht ein Institutsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Das Defizit, das durch die nicht abrechenbaren sozialthera peutischen Leistungen entsteht (etwa 1/3 der Kosten) wird vom Landschaftsverband Rheinland gedeckt.

E. Spanken schließt in Hohenheim seinen Bericht vom Aufbau koordinierter sozialpsychiatrischer Dienste durch die Landesklinik:

> Die Verweildauer in der Klinik ist deutlich geringer als bei entsprechenden anderen stationären Einrichtungen des Landschaftsverbands. Eine wesentliche Rolle spielt hier der Verbund eines gestaffelten Angebots ambulanter Dienste und komplementärer Einrichtungen. Die Verzahnung stationärer, teilstationärer, ambulanter und komplementärer Dienste ermöglicht gezielte therapeutische Maßnahmen, ohne den Patienten in jedem Fall aus seiner sozialen Umgebung herausnehmen zu müssen.
>
> (Hohenheimer Protokolle 1980, S. 31)

> Bei dem Stichwort "gemeindenah" geht es nicht darum, wie räumlich nah eine Klinik der Gemeinde ist, sondern wieweit in der Gemeinde die abgestuften, differenzierten Einrichtungen vorhanden sind und wie die Kooperation und das Zusammenspiel dieser Einrichtungen sind.
>
> (a.a.O., S. 21)

TEIL B ERHEBUNG DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN LAGE IM LANDKREIS TÜBINGEN

Vorbemerkung

Im Gegensatz zur Psychiatrie-Enquête beschränkt sich diese Arbeit auf psychisch kranke Erwachsene, Kinder, Jugendliche und alte Menschen, Suchtkranke und Suizidgefährdete. Nicht berücksichtigt bleibt die Versorgung von geistig Behinderten, Epilepsiekranken, Hirnverletzten, psychisch kranken Straftätern und Nichtseßhaften.

1 Die Bevölkerungsstruktur und die speziellen psychosozialen Probleme des Landkreises Tübingen

Der Landkreis mit seinen rund 172.000 Einwohnern bietet günstige Voraussetzungen für den Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung:

- Die Bevölkerungszahl entspricht in etwa den Vorstellungen der Psychiatrie-Enquête von der Größe eines Versorgungssektors.
- Die UNK könnte von ihrer Bettenzahl her den Bedarf des Landkreises abdecken und gemeindenah zum stationären Versorgungskern des Hilfenetzes werden.
- Der relativ hohe Anteil der Bildungsbürgerschicht im Einzugsgebiet der Tübinger Universität bietet ein überdurchschnittliches Potential an Engagement und geistiger Bereitschaft, sich mit Problemen von benachteiligten Minderheiten zu befassen. Psychisch Kranke sind in diesem Sinne benachteiligte Minderheiten, die nur dann in ihrem Lebensumfeld gehalten werden können, wenn die Bevölkerung befähigt wird, ihre eigenen Ängste abzubauen und Abweichungen vom üblichen Sozialverhalten tolerant zu akzeptieren.

- Im Vergleich zu vielen anderen Landkreisen ist der Landkreis begünstigt im Hinblick auf das Therapieangebot: neben 3 niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie in Tübingen und einer Fachärztin für Psychiatrie in Rottenburg stehen zahlreiche Psychotherapeuten zur Verfügung.

  Es wird jedoch im Laufe dieser Arbeit kritisch zu hinterfragen sein, welchem Klientel dieses Therapieangebot vorrangig zugutekommt und welcher Personenkreis durch die Lücken des vorhandenen Behandlungsangebots fällt.

Wenn auch die Voraussetzungen für den Aufbau einer gemeindenahen Psychiatrie im Landkreis Tübingen günstiger sind als in vielen anderen Landkreisen, so darf nicht übersehen werden, daß die Bevölkerungsstruktur Tübingens eigene psychosoziale Probleme schafft.

Bevor jedoch darauf näher eingegangen wird, soll kurz die Bevölkerungsstruktur dargestellt werden anhand der statistischen Daten des Landkreises, veröffentlicht durch das Landratsamt am 4.5.1982:

Die Zahlenangaben beziehen sich auf den Stichtag 1. Januar 1980. Abweichende Daten werden gesondert erwähnt.

Am 1. Januar 1980 beträgt die Zahl der Kreiseinwohner 170.142 (Stand vom 31.3.1981: 172.982). 1980 leben 71,9 % der Einwohner in städtischer Umgebung, in den 3 Städten Tübingen, Rottenburg und Mössingen. Die Konzentration der Bevölkerung auf städtisches Gebiet liegt im Landkreis Tübingen um 7 % höher als im gesamten Land Baden-Württemberg.

In der Altersverteilung der Bevölkerung zeigt der Landkreis Tübingen ebenfalls deutliche Abweichungen vom Land Baden-Württemberg:

Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen ist mit 16,9 % gegenüber 18,5 % (Land) unterrepräsentiert, ebenso die Gruppe der Älteren und Alten: der Anteil der 50 - 65-Jährigen und der über 65-Jährigen ist jeweils um 2,6 % niedriger als im Land. Weit überrepräsentiert ist dagegen die Altersgruppe der 18 - 30 Jahre alten Adoleszenten und jungen Erwachsenen mit 26,2 % im Landkreis Tübingen gegenüber 18,3 % im Land Baden-Württemberg.

Auch die Aufschlüsselung der Bevölkerung nach Familienstand zeigt ein deutliches Abweichen des Landkreises Tübingen gegenüber dem Land: der Anteil der Ledigen liegt mit 50,2 % um 8,2 % höher als im Land (42,0 %).

Der bereits erwähnte hohe Anteil geistig aufgeschlossener Einwohner im Landkreis Tübingen ist statistisch ablesbar an der weit überdurchschnittlich hohen Abiturientenrate und dem überdurchschnittlich hohen Bevölkerungsanteil mit Hochschulabschluß. Die statistischen Daten vom Schul- und Hochschulabschluß gehen auf das Stichjahr 1970 zurück. Neuere Daten liegen nicht vor. Damals war die Abitursquote mit 10,4 % im Landkreis Tübingen mehr als 4-fach so hoch als im Land Baden-Württemberg (2,4 %) und der Bevölkerungsanteil mit Hochschulabschluß mit 6,4 % doppelt so hoch (Land: 3,1 %).

Die Veränderung der Wohnsituation in den Städten Tübingen und Rottenburg von 1968 - 1980 zeichnet sich aus durch eine überproportionale Zunahme von kleinen Wohneinheiten. In der Stadt Tübingen beträgt die Zuwachsrate an 1- und 2-Zimmerwohnungen 121 % bzw. 120 %, während die Anzahl der großen Wohnungen, mit 4 und mehr Zimmern, nur um 28 % zugenommen hat. In Rottenburg ist die Zuwachsdifferenz noch eindrucksvoller: 179 % Zuwachs bei den Einzimmerwohnungen gegenüber 39 % bei den großen Wohnungen.

In der Frage der Erwerbstätigkeit zeigt die Landkreisstatistik ebenfalls einige Abweichungen von den Daten des Landes. Während im Land Baden-Württemberg am 30.6.1977 35,2 % der Gesamtbevölkerung in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stehen, sind es im Landkreis Tübingen nur 29,6 %. Der Anteil der versicherungspflichtig beschäftigten Frauen ist dabei um 8,9 % höher als im Land.

Den Löwenanteil an Arbeitsplätzen bietet das "verarbeitende Gewerbe". Im Land Baden-Württemberg gehören dieser Sparte 51,1 % der Arbeitsplätze an. Im Landkreis Tübingen ist der Anteil des "verarbeitenden Gewerbes" am Arbeitsplatzangebot mit 42,3 % etwas geringer als im Land. Dagegen ist im Landkreis Tübingen der Anteil an Arbeitsplätzen im Dienstleistungsgewerbe um 10,2 % höher als im Land Baden-Württemberg: während im Land nur 13,8 % der Arbeitsplätze dem Dienstleistungsbereich angehören, sind es im Landkreis Tübingen 24 %. Auch der Anteil an Beamten und Angestellten in Gebietskörperschaften und Organisationen liegt im Landkreis Tübingen mit 10,5 % deutlich höher als im Land mit 7,2 %.

Auswertung der statistischen Daten des Landkreises unter dem Aspekt sozialpsychiatrischer Problemstellung

Wie wir den dargestellten statistischen Daten entnehmen können, leben im Landkreis Tübingen, dem Einzugsbereich der Universität, überdurchschnittlich viele junge Menschen zwischen 18 und 30 Jahren mit den spezifischen Problemen der Adoleszenz:

- Ablösung von der Familie
- Suche nach der eigenen Identität
- Konkurrenzdruck im Ausbildungsfeld
- Probleme mit der Berufsfindung
- finanzielle Schwierigkeiten
- Wohnraumnot
- Partnerprobleme
- Diskrepanz zwischen dem Bedürfnis nach Selbständigkeit und der existenziellen Abhängigkeit von den Eltern

Gerade unter den Studierenden führen diese pathogenen Faktoren gehäuft zu Versagenszuständen, zu depressiven Krisen, Suizidversuchen, Ablösungsneurosen und psychosomatischen Erkrankungen*.

Verstärkt wird das Erkrankungsrisiko durch jede Form von Isolation, wie sie etwa im steigenden Trend zu Kleinstwohneinheiten zum Ausdruck kommt.

Das Problem der Isolation betrifft alle Altersstufen und beschränkt sich nicht auf Bewohner der Kleinstwohnungen. Viele der großen Wohnungen und Einfamilienhäuser, die statistisch unter Wohnungen mit 4 und mehr Zimmern geführt werden, beherbergen heutzutage alleinstehende Menschen.

Gerade alte Menschen leben oft allein in Häusern, die für den Bedarf einer Familie gebaut worden sind. Nach dem Auszug der Kinder wird nicht vermietet, um den Kindern das Zuhause zu erhalten. Später, wenn sich die alt werdenden Eltern damit abgefunden haben, daß die Kinder ihr eigenes Zuhause aufgebaut haben, wird nicht mehr vermietet, weil junge Leute den geordneten Tagesablauf stören. Stirbt eines Tages der Partner, bleibt ein einsamer alter Mensch zurück - der Isolation ausgesetzt.

Neben organisch begründbaren psychischen Störungen, dem hirnorganischen Psychosyndrom, finden wir gerade im Alter häufig soziogene psychische Störungen. Das Erlebnis, verlassen zu sein und hilfsbedürftig zu werden, am Leben der anderen nicht mehr teilzuhaben - das Erlebnis der Isolation - fördert bei alten Menschen die Entwicklung von Wahnvorstellungen: Verfolgungswahn, Verarmungswahn, usw.

---

* Die Tagespresse berichtete am 9.11.1983 vom alarmierenden Ergebnis einer Umfrage unter 700 Studienanfängern im Fach Medizin, durchgeführt von der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität München: 36 % der Studienanfänger im Fach Medizin zeigen danach depressive Tendenzen (1975 waren es 10 %); bei 21 % sind schwere Persönlichkeitsstörungen festzustellen mit paranoiden Zügen (1975 waren es 5 %). (Südwestpresse, 9.11.1983)

Ein psychopathogener Faktor für die Altersgruppen der Erwachsenen im arbeitsfähigen Alter ist die Arbeitslosigkeit. Mit dem Arbeitsplatz geht nicht nur die Einkommensquelle verloren und das Gefühl, nützlich zu sein, es geht vor allem die wichtige soziale Bezugsgruppe in der Dienststelle bzw. im Betrieb verloren. Weil der alleinstehende und isoliert lebende Mensch auf die soziale Bezugsgruppe am Arbeitsplatz im besonderen angewiesen ist, wird sich der Landkreis Tübingen mit seinem überdurchschnittlichen Anteil an Alleinstehenden und seinen hohen Zuwachsraten an Kleinstwohneinheiten auf die psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit gefaßt machen müssen.

Der alleinstehende Mensch, der in einem 1-Zimmer-Appartement isoliert lebt und keinen Arbeitsplatz hat, wo andere Menschen ihn erwarten und mit ihm rechnen, steht unter dem hohen Risiko entweder in Alkohol- oder Drogenabhängigkeit zu geraten oder psychisch zu dekompensieren. Er steht in der Gefahr, sich immer mehr von der Umwelt zurückzuziehen, bis die Isolation zu Realitätsverlust und psychotischen Symptomen führt.

Abschließend wird noch auf ein spezifisches Problem der Universitätsstadt Tübingen hingewiesen. Nicht wenige der auswärtigen Patienten der Universitäts-Nervenklinik bleiben nach ihrer Entlassung längerfristig im Einzugsgebiet der Klinik: jugendliche Patienten, die vom Klinischen Jugendheim in eine der sozialtherapeutischen Wohngruppen verlegt werden und in Tübingen Fuß fassen, - junge Erwachsene, die das Bedürfnis haben, sich vom Elternhaus zu lösen und für die ersten Schritte in die Selbständigkeit die Sicherheit der Kliniknähe suchen.

Dieser Personenkreis sollte bei der Ermittlung des Bedarfs an sozialpsychiatrischen Einrichtungen nicht außer acht gelassen werden.

2 Bestandsaufnahme vorhandener Einrichtungen zur Versorgung und Betreuung psychisch Kranker im Landkreis Tübingen - Konfrontation des Bestands mit dem Bedarf anhand der vorgegebenen Quoten der Psychiatrie-Enquête

Tübingen als Universitätsstadt hat schon frühzeitig über die verschiedensten Hilfseinrichtungen für psychisch Kranke verfügt. Häufig entstanden solche Einrichtungen aus dem Einsatz von Einzelpersönlichkeiten oder durch die Initiative einer Gruppe, die eine spezielle Versorgungslücke besonders gravierend erlebte*.

Im folgenden werden die im Landkreis Tübingen vorhandenen Einrichtungen dargestellt nach dem Ordnungsschema:

2.1 Dienste im Vorfeld
2.1.1 Allgemeine Psychologische Beratungsstellen
2.1.2 Spezielle Psychologische Beratungsstellen
2.2 Ambulante Dienste
2.3 Stationäre Einrichtungen
2.4 Teilstationäre Einrichtungen
2.5 Komplementäre Dienste
2.5.1 Komplementäre Dienste mit voller Patientenversorgung
2.5.2 Sonstige komplementäre Einrichtungen
2.6 Spezielle Dienste zur beruflichen Rehabilitation
2.7 Dienste für spezielle Patientengruppen
2.7.1 Dienste für Suizidgefährdete
2.7.2 Dienste für Suchtkranke

---

* Die Einrichtungen arbeiteten bislang weitgehend im Alleingang, ohne in die Lage versetzt zu sein, einen Überblick über die Gesamtsituation der Versorgung psychisch Kranker im Landkreis Tübingen zu gewinnen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine Übersicht über alle einschlägigen Einrichtungen und Dienste erstellt und in tabellarischer Form der, 1983 gegründeten, Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Tübingen zum Zweck der Veröffentlichung zur Verfügung gestellt.

Die Darstellung umfaßt folgende Angaben:

Name und Anschrift der Einrichtung
Erreichbarkeit*
Träger der Einrichtung, Finanzierung
Zusammensetzung des Mitarbeiterteams
Hilfsangebot und Klientel
Einzugsgebiet

Dem Bestand der Einrichtungen wird der Bedarf gegenübergestellt, unter Zugrundelegung der von der Psychiatrie-Enquête genannten Bedarfsquoten und unter Berücksichtigung spezieller Probleme des Landkreises.

Darüber hinaus werden erste Hinweise auf Probleme einzelner Einrichtungen und auf effektivitätsmindernde Faktoren gegeben, auf die im Teil C dieser Arbeit näher eingegangen wird.

2.1 Dienste im Vorfeld - Psychologische Beratungsstellen

Die Psychologischen Beratungsstellen sind Anlaufstellen für alle Personen, die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden, die psychisch leiden oder zwischenmenschliche Beziehungsprobleme nicht mehr ohne fachliche Hilfestellung zu lösen vermögen.

---

* Die für die wissenschaftliche Bearbeitung des Themas der vorliegenden Arbeit irrelevanten Daten der Bestandsaufnahme wie Kontaktpersonen, Rufnummern und Sprechzeiten werden in die Darstellung aufgenommen, um die Erhebung nutzbar zu machen für eine Verbesserung der Koordination im Landkreis Tübingen.

2.1.1 Allgemeine Psychologische Beratungsstellen

Aufgaben:

- Beratende und therapeutische Hilfe für Menschen in kritischen Lebenslagen, z.B. nach Partnerverlust, in Ablösungskrisen, usw.

- Beratende Hilfestellung bei der Lösung zwischenmenschlicher Probleme.

- Diagnostische Abklärung von Verhaltensstörungen und psychischen Befindlichkeitsstörungen.

- Gegebenenfalls Weitervermittlung an andere Einrichtungen.

- Therapeutische Bearbeitung verfestigter pathogener Fehlhaltungen und Kommunikationsstörungen.

- Supervisionsangebot für Berufsgruppen, die es mit Menschen zu tun haben, insbesondere mit Kindern und Jugendlichen.

- Mitwirkung bei der Ausbildung und Fortbildung solcher Berufsgruppen.

- Supervisionsangebot für Laienhelfer.

Der Landkreis Tübingen verfügt über folgende allgemeine Psychologische Beratungsstellen:

2.1.1.1 Die Psychologische Beratungsstelle der evangelischen und katholischen Kirche
Brückenstr. 6, Tübingen
Tel. 07071 / 26 073
Bürostunden: Mo - Fr 8 - 12 und 14 - 17 Uhr
Träger: evangelische und katholische Kirche

Die Beratungsstelle der Kirchen erfüllt alle genannten Funktionen. Sie verfügt über 9 hauptamtliche Mitarbeiter - davon 4 teilzeitbeschäftigte - und 7 Honorarmitarbeiter.

Die berufliche Qualifikation der Mitarbeiter:
Dipl.-Psychologen, Dipl.-Pädagogen, Dipl.-Theologen, Ärzte mit Zusatzausbildung in Psychoanalyse, Familientherapie, Psychodramatherapie und Ehe-Familien-Lebensberatung. Ein Jurist wirkt mit als Honorarmitarbeiter. Die Beratungsstelle wird zu 75 % von den beiden Kirchen finanziert, etwa 5 % wird von den Ratsuchenden aufgebracht; Landkreis und Stadt gewähren Zuschüsse von geringem Umfang. Für 7 Mitarbeiter gibt der Landeswohlfahrtsverband einen anteiligen Zuschuß zu den Personalkosten. Das Einzugsgebiet dieser Beratungsstelle greift über die Landkreisgrenzen hinaus. 25 % der Ratsuchenden kommen aus anderen Landkreisen.

Die Psychologische Beratungsstelle der Kirchen bemüht sich, die wichtige Aufgabe der Supervision und Fortbildung von Mitarbeitern anderer Einrichtungen neben der direkten Arbeit mit Klienten nicht zu vernachlässigen. Sie bietet daneben dem Luise-Wetzel-Stift Institutionsberatung, führt Gruppenarbeit und Supervision in der katholischen Hochschulgemeinde durch und arbeitet mit Multiplikatoren aus dem kirchlichen Seelsorgebereich.

Angesichts der Wartefrist von 2 - 3 Monaten für Klienten bereitet es den Mitarbeitern der Beratungsstelle Schwierigkeiten, der Nachfrage nach Supervision und Beratung von Institutionen und Multiplikatoren nachzukommen.

Die weiteren allgemeinen Psychologischen Beratungsstellen decken mit ihrem Angebot den genannten Aufgabenkatalog nicht in vollem Umfang ab. Supervision sowie Aus- und Fortbildung von Berufsgruppen mit Kinder- und Jugendklientel kann nur in sehr begrenztem Rahmen angeboten werden. Die Caritas leistet schwerpunktmäßig soziale Betreuung und Hilfestellung.

2.1.1.2 Die Psychologische Beratungsstelle des Landkreises
Köllestr. 31, Tübingen
Tel. 07071 / 53 15
Sprechzeiten: Mo - Fr 9 - 10 und 13 - 17 Uhr
Träger: Landkreis Tübingen

Das Team setzt sich zusammen aus 3 Psychologen und 2 Sozialpädagogen mit therapeutischer Zusatzausbildung, 2 Logopädinnen, 1 Sekretärin und 1 nebenamtlichen Kinderärztin.

Die Mitarbeiter der Beratungsstelle halten Außensprechstunden in Rottenburg und Mössingen ab, jeweils dienstags:

- Mössingen: im Rathaus Tel. 07473 / 37 00
- Rottenburg: Neckarhalde 26 Tel. 07472 / 21 337

Die Beratungsstelle betreut ausschließlich Landkreisbewohner und wird voll finanziert vom Landkreis Tübingen.

2.1.1.3 Die Diakonische Bezirksstelle

Lembergstr. 21, Tübingen
Tel. 07071 / 78 071
Kontaktpersonen: Frau B. Kupper / Herr H. Haar
Sprechzeiten: Mo - Fr 8.00 - 12.00 Uhr
nachmittags Mo u. Di 14.00 - 17.00 Uhr
Mi 14.30 - 17.00 Uhr
Do 14.00 - 18.00 Uhr

Die Diakonische Bezirksstelle unterhält eine Abteilung für Sozial-, Lebens- und Familienberatung mit einem hauptamtlichen Sozialpädagogen, einer hauptamtlichen Sozialarbeiterin und einer 80 % teilzeitbeschäftigten Verwaltungsangestellten.

Die Einrichtung bekommt 40.000,-- DM öffentliche Förderungsmittel vom Land und wird ansonsten vom Evangelischen Kirchenbezirk finanziert. Das Einzugsgebiet umfaßt nicht den ganzen Landkreis. Es beschränkt sich auf das Gebiet des Evangelischen Kirchenbezirks Tübingen.

2.1.1.4 Die Caritas-Kreisstelle

Albrechtstr. 4, Tübingen
Tel. 07071 / 73 008
Kontaktperson: Frau M. Vetter
Sprechzeiten: Di u. Do 9 - 12 Uhr, 14 - 17 Uhr

Die Caritas-Kreisstelle bietet mit 2 hauptamtlichen Mitarbeitern soziale Beratung und Hilfen für Familien und Alleinstehende aus dem Landkreis Tübingen.

Finanzierung durch die katholische Kirche, öffentliche Förderungsmittel und Spenden.

2.1.2 Spezielle Beratungsstellen

Neben diesen allgemeinen Psychologischen Beratungsstellen im Sinne von Zugangsstellen für alle Personen, deren Probleme noch nicht geklärt sind, gibt es im Landkreis Tübingen Spezialeinrichtungen für Alkoholkranke, für Drogenabhängige, für Kinder mit Schulproblemen, für Studierende und für alte Menschen.

2.1.2.1 Die Schulpsychologische Beratungsstelle

- Bildungsberatungsstelle des Oberschulamts
Nauklerstr. 24, Tübingen
Tel. 07071 / 21 24 16
Sprechzeiten: Mo - Fr 8.30 - 12.00 Uhr und
14.00 - 16.00 Uhr

Die Schulpsychologische Beratungsstelle hat 4 Funktionsschwerpunkte:

- Schullaufbahnberatung nach psychologischer Begutachtung der Kinder
- Beratung von Lehrern in pädagogischen Problemfällen
- Aus- und Fortbildung von Beratungslehrern
- Diagnose und Therapie von psychischen Störungen, die in Gestalt schulischer Verhaltensauffälligkeiten und Leistungsstörungen zum Ausdruck kommen.

Das Team der Beratungsstelle setzt sich zusammen aus 2 Dipl.-Psychologen mit der Qualifikation als Familientherapeuten und 1,5 Verwaltungsangestellten, dazu alle 6 Monate 1 - 2 Praktikanten.

Finanziert wird die Schulpsychologische Beratungsstelle vom Kultusministerium des Landes Baden-Württemberg. Zum Einzugsgebiet der Beratungsstelle gehört neben dem Landkreis Tübingen der Landkreis Reutlingen.

2.1.2.2 Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende
Gartenstr. 20, Tübingen
Tel. 07071 / 29 38 47
Anmeldezeiten: Mo - Fr 9 - 12 Uhr
Mittwoch nachmittag 14 - 16 Uhr
Träger: Studentenwerk Tübingen

Die Beratungsstelle bietet Kurzzeitpsychotherapie für Studenten in Konflikt - und Krisensituationen. Zu ihrem Einzugsgebiet gehören neben der Universität Tübingen, die Hochschule und Fachhochschule Reutlingen und die Musikhochschule Trossingen. Das Mitarbeiterteam besteht aus 2,5 Ärzten, 2,5 Psychologen, 1,5 Verwaltungsangestellten und etwa 6 ehrenamtlichen studentischen Mitarbeitern.

Die Arbeit wird finanziert durch Landeszuschüsse und Studentenbeiträge.

2.1.2.3 Beratungsstelle für Psycho-Soziale Probleme
- Psychotherapeutischer Arbeitskreis e.V.
Herrenberger Str. 23, Tübingen
Tel. 07071 / 42 819
Sprechstunde: montags 17.30 - 19.00 Uhr
Träger: "Studentische Selbsthilfe e.V."
- Mitglied des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes

Ehrenamtliche oder nebenamtlich tätige Psychologen bieten Gesprächspsychotherapie, Sexualtherapie und Verhaltenstherapie vorwiegend für Angehörige der Universität. Die Arbeitsräume werden vom "Tübinger Studentenwerk e.V." zur Verfügung gestellt, das auch den Hauptteil der laufenden Kosten der Beratungsstelle trägt.

2.1.2.4 Die Psychologische Beratungsstelle für ältere Menschen
Kirchgasse 1, Tübingen
Tel. 07071 / 22 498
Sprechzeiten: Mo - Fr 9 - 12 Uhr
donnerstags 15 - 18 Uhr

Die Beratungsstelle für Ältere wird getragen von einem eingetragenen Verein und finanziert durch Zuschüsse von Land, Landkreis und Stadt sowie durch Spenden, Honorarverzicht und Klientenbeiträge.

Das Hilfsangebot umfaßt:

- Stützung in Krisensituationen wie z.B. bei Tod des Partners, bei Umzug in eine neue Umgebung, bei Unfall, usw.
- Rechtsberatung
- Betreuung psychisch gestörter alter Menschen
- Vermittlung von Hilfen im Alltag und von mitmenschlichem Kontakt zu Laienhelfern.

Mit nur 2 Vollzeitstellen haben die 3 hauptamtlichen Mitarbeiter und 3 Honorarkräfte - Dipl-Psychologen, Dipl.-Pädagogen und 1 Jurist - neben der Einzelberatung und -betreuung eine Laienhilfe aufgebaut. Etwa 30 ehrenamtliche Laien besuchen und betreuen - unter Anleitung des Fachpersonals - ältere Menschen mit psychischen Störungen.

Zu den speziellen Beratungsstellen zählen auch die beiden Suchtberatungsstellen Tübingens in der Lembergstr. 21 und Kelternstr. 30. Sie werden dargestellt im Abschnitt B 2.6.2 "Dienste für Suchtkranke".

Kritische Würdigung des dargestellten Bestands an Beratungsstellen im Landkreis Tübingen unter Zugrundelegung der in der Psychiatrie-Enquête genannten Bedarfsquoten*
(Drucksache 7/4200, S. 239)

Die Psychiatrie-Enquête nennt für die Psychologischen Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien eine Bedarfsquote von 1 Beratungsstelle für 50.000 Einwohner (Drucksache 7/4200, S. 239). Sie geht dabei von folgender Personalausstattung aus: 2 psychotherapeutisch arbeitende Psychologen, 2 Psychagogen, 1 Arzt, 1 Sozialarbeiter und 1 Dipl-Pädagoge.

Der Landkreis Tübingen benötigt dementsprechend in solchen allgemeinen Psychologischen Beratungsstellen 3,5 mal den vorgeschlagenen Personalstandard. Das sind 7 Psychologen, 7 Psychagogen, 3,5 Ärzte, 3,5 Sozialarbeiter, 3,5 Dipl-Pädagogen.

Dem Soll von 17,5 psychologischen, psychagogischen und pädagogischen Fachkräften steht ein Ist-Bestand von 12 Fachkräften gegenüber. Die Aufgaben der 3,5 Arztstellen werden von 3 nebenberuflich tätigen Ärzten, allerdings nur teilweise, erfüllt. Die 3,5 Sozialarbeiterstellen sind zwar auf dem Papier knapp vorhanden, jedoch nicht - wie vorgesehen - eingebunden in die Teams der großen Beratungsstellen**.

---

* Im Bereich der allgemeinen Psychologischen Beratungsstellen wird eine rein rechnerische Gegenüberstellung von Ist und Soll erschwert durch die Tatsache, daß die nebenamtlichen Honorarkräfte sehr unterschiedlich zur Leistung herangezogen werden.
In dieser Arbeit werden hilfsweise die Leistungen der nichtärztlichen Honorarkräfte mit den Leistungen der Beratungsstelle der Kirchen für Bewohner anderer Landkreise gleichgesetzt und nicht in die Berechnung einbezogen.

** Die in der Beratungsstelle des Landkreises arbeitenden beiden Logopädinnen sind hier nicht berücksichtigt, da ihre Funktion im Tätigkeitskatalog einer allgemeinen Psychologischen Beratungsstelle nicht aufgeführt ist. Ihre Tätigkeit ist spezialisiert auf die Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen.

Legt man der Bedarfsberechnung ausschließlich die Bedarfsquoten der Psychiatrie-Enquête und die Bevölkerungszahl des Landkreises zugrunde, so erscheint der Fehlbestand im allgemeinen Beratungssektor nicht so gravierend wie in den nachfolgend dargestellten Versorgungsbereichen.

An dieser Stelle gilt es jedoch, korrigierende Faktoren zu berücksichtigen, die sich aus der abweichenden Bevölkerungsstruktur des Landkreises Tübingen ergeben:

Ein erheblicher Teil der Klientel von Psychologischen Beratungsstellen rekrutiert sich gerade aus den Bevölkerungsanteilen, die im Landkreis Tübingen überrepräsentiert sind:

- aus Mittelschichtangehörigen mit hohem Bildungsabschluß und
- aus jungen Menschen zwischen 18 und 30 Jahren mit den spezifischen Problemen der Adoleszenz und der damit verbundenen psychischen Störanfälligkeit

Die Wartelisten der Psychologischen Beratungsstellen mit Wartefristen bis zu 3 Monaten zeigen den hohen Bedarf an Hilfsangeboten solcher Art, wie sie die Psychologischen Beratungsstellen bieten.

Die Individualtherapie und -betreuung beanspruchen weitgehend die Personalressourcen der Psychologischen Beratungsstellen. Es bleibt zu wenig oder gar kein Spielraum für die überaus wichtige Funktion der Multiplikatorarbeit und Institutionsberatung.

Angesichts der Wartelisten und brennenden Probleme der Hilfesuchenden tritt der Sektor der Ausbildung, Fortbildung und Supervision von Schlüsselberufen in den Hintergrund. Hier aber liegen Möglichkeiten zu sinnvollen Sparmaßnahmen. Wenn durch ausreichendes Personalangebot die Institutionsarbeit gesichert wird, können Erzieher, Lehrer und andere menschenbezogene Berufsgruppen befähigt werden, möglichst

frühzeitig Konfliktzusammenballungen zu erkennen und hilfreich zu reagieren. Teure Eingriffe durch Fachleute und langwierige Behandlungen werden erspart, wenn Probleme im Vorfeld der Dekompensation gelöst werden.

Anders als für die allgemeinen Psychologischen Beratungsstellen nennt die Psychiatrie-Enquête für die spezialisierten Beratungsstellen keine exakten Bedarfsquoten*. Eine Ausnahme bilden die Beratungsstellen für Studierende.

Unter dem Hinweis, daß 15 % der Studenten im Laufe ihres Studiums wegen psychischer Erkrankungen psychotherapeutische bzw. psychiatrische Hilfe benötigen, wird als Soll-Zahl für Beratungsstellen für Studierende 1 Psychotherapeut auf 2.000 Studenten genannt (Drucksache 7/4200, S. 201). In Tübingen müßten sich demnach 10 Psychotherapeuten ausschließlich mit studentischer Klientel der Universität Tübingen befassen.

Das Einzugsgebiet der Tübinger Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende umfaßt aber nicht nur die Universität Tübingen, sondern auch die PH Reutlingen, die Fachhochschulen für Technik und Chemie in Reutlingen und die Musikhochschule Trossingen.

Mit ihren 5 Therapeutenstellen ist die Beratungsstelle für Studierende dem Versorgungsauftrag nicht gewachsen.

Angesichts der Unterversorgung in diesem Bereich wurde vom Verein "Studentische Selbsthilfe e.V." ein Psychotherapeutischer Arbeitskreis e.V. gegründet, der durch ehrenamtliche oder nebenamtliche Psychologen Hilfe anbietet, im Sinne einer Selbsthilfeinitiative (siehe B 2.1.2.3).

---

* Die Psychiatrie-Enquête empfiehlt die Förderung integrierter Beratungseinrichtungen, welche in der Lage sind, die psychischen Probleme aller Familienangehörigen zu bearbeiten - von der Drogenabhängigkeit über Schulleistungsstörungen bis hin zu Altersstörungen. (Drucksache 7/4200, S. 198)

2.2 Ambulante Dienste

2.2.1 Der niedergelassene Nervenfacharzt und Psychotherapeut

Der Landkreis Tübingen verfügt über wesentlich mehr Nervenfachärzte und Psychotherapeuten als zahlreiche andere Landkreise.

Kassenärztlich anerkannt sind vier Nervenfachärzte und zwei Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen, eine Nervenfachärztin in Rottenburg und ein Nervenfacharzt in Mössingen. Fünf der niedergelassenen Psychiater und weitere 22 Ärzte sind ermächtigt für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie*.

In der ambulanten Versorgung psychisch Kranker bietet der niedergelassene Nervenfacharzt und Psychotherapeut für seine Patienten den großen Vorteil der Kontinuität.

Oft betreut er seine Patienten über Jahrzehnte und kennt die familiären und sozialen Hintergründe. Wie kein anderer kann er Einblick gewinnen in die krankmachenden Lebensumstände seiner Klienten. Doch aus diesen diagnostischen Erkenntnissen können kaum sozialpsychiatrisch-therapeutische Konsequenzen gezogen werden, weil die Kassenabrechnung ausschließlich auf ärztliche Leistungen ausgerichtet ist und die Beschäftigung eines Sozialarbeiters in der nervenärztlichen und psychotherapeutischen Praxis bislang unmöglich macht.

---

* Verzeichnis der kassenärztlich anerkannten Praxen siehe Anhang.

Ein gemischtes Praxis-Team aus Psychiater bzw. Psychotherapeut und Sozialarbeiter wäre in der Lage, dem Patienten am Ort des Entstehens seiner seelischen Störungen Hilfe zu leisten - vorausgesetzt, die sozialtherapeutischen Bemühungen würden im Leistungskatalog der Krankenversicherungen berücksichtigt.

Ein weiteres Handikap beschränkt die Facharzt- und Psychotherapeutenpraxen in ihrer Wirksamkeit für eine flächendekkende Versorgung von psychisch Kranken: die Patienten-Selektion als Folge der Komm-Struktur:

Untersuchungen, die in der Psychiatrie-Enquête ihren Niederschlag gefunden haben (Drucksache 7/4200, S. 207 ff.), zeigen, daß die Klientel der niedergelassenen Nervenfachärzte und Psychotherapeuten deutlich abweicht von der Klientel Psychiatrischer Landeskrankenhäuser. In den Praxen der Niedergelassenen überwiegen depressive Verstimmungszustände, seelische Krisen und abnorme Erlebnisreaktionen. Weit unterrepräsentiert sind dagegen schwere chronische Psychosen und das hirnorganische Psychosyndrom alter Menschen.

Katschnig und Mitarbeiter beobachteten in einer Studie über den Patientenfluß in den ambulanten und stationären Einrichtungen eines niederösterreichischen Verwaltungsbezirks (H. Katschnig 1981), daß nur 25 % der aus stationärer Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus entlassenen Patienten den niedergelassenen Nervenfacharzt aufsuchen und daß die Hälfte davon nach dem 1. Besuch wegbleibt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen G. Bosch und A. Pietzcker in ihrer Studie zur Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten (Bundestags-Drucksache 7/4201, S. 344 - 360).

Die Komm-Struktur des derzeitigen Angebots an ambulanter Behandlung erweist sich als Hemmschwelle, die gerade Schwerkranke mit mangelnder Einsicht in ihre Behandlungsbedürftigkeit, chronisch Kranke und psychisch gestörte ältere Menschen von einer ausreichenden ambulanten Nachsorge ausschließt.

Entsprechend hoch ist der Anteil dieses Personenkreises an stationären Einweisungen und zwangsweisen Unterbringungen.

Es muß demnach die ausreichende ambulante Versorgung der chronisch Kranken, der Uneinsichtigen und der Alterskranken von vorrangigem Interesse sein. Das setzt nachgehende Betreuung voraus unter Einschluß von sozialer Hilfestellung.

Unter der derzeitigen Situation der strukturell bedingten Patienten-Selektion der Nervenarzt- und Psychotherapeuten-Praxen und ihrer, durch kassenärztliche Abrechnungsmodalitäten eingeschränkten Hilfsmöglichkeiten, kann auch die zahlenmäßig gute Versorgung mit Praxen im Landkreis Tübingen den Mangel an sozialpsychiatrischer ambulanter Versorgung nicht beheben.

2.2.2 Poliklinik der Universitäts-Nervenklinik

2.2.2.1 Allgemeine Ambulanz

Osianderstr. 22, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 29 26 84/85
Träger: Land Baden-Württemberg

Die Klinikambulanz bietet entlassenen Patienten psychiatrische Nachbehandlung und führt ambulante Behandlungen durch, zur Vermeidung von stationären Aufnahmen. Einzugsgebiet: Kreis Tübingen und Reutlingen. Hausbesuche können nur in Ausnahmefällen gemacht werden zur Krisenintervention bei bestimmten Patienten.

2 Sozialarbeiter bemühen sich um die Probleme der ambulanten und der stationären Patienten. Sie sind jedoch bei über 5.000 ambulanten und über 1.000 stationären Patienten im Jahr hoffnungslos überlastet (Finzen 1979, S. 47) und können nicht die Wirksamkeit entfalten, die einem sozialpsychiatrischen Behandlungskonzept entspräche.

2.2.2.2 Die Psychogeriatrische Ambulanz der Poliklinik der Universitäts-Nervenklinik

Brunnenstr. 18, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 29 23 02 oder 29 23 00
Kontaktpersonen: Dr. Hörner und Dr. Rosenau
Sprechzeiten: Di und Fr 8 - 11 Uhr

Durch Verlagerung der Psychogeriatrischen Sprechstunde aus der Nervenklinik in neutrale, zentrumsnahe Räume in der Brunnenstraße wurde beabsichtigt, den älteren Menschen den Zugang zum Hilfsangebot zu erleichtern. Die Klientel umfäßt ältere Menschen vorwiegend mit Schlafstörungen, Vergeßlichkeit, Unruhe- und Angstzuständen und Depressionen.
Einzugsgebiet: Kreis Tübingen und Reutlingen.

2.2.3 Die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen

Osianderstr. 14, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 29 23 38
Sprechzeiten: Mo - Fr 9 - 12 Uhr (nach Anmeldung)
Träger: Universität Tübingen -
Land Baden-Württemberg

Pro Jahr werden ca. 1.100 Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen, psychosomatischen und psychosozialen Störungen ambulant betreut. Obere Altersgrenze 21 Jahre.
Das Einzugsgebiet umfaßt etwa das Gebiet Württemberg.

2.2.4 Das Institut für klinische Psychologie

Gartenstr. 29, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 29 42 19/18
Sprechzeiten: donnerstags 11 - 12 Uhr
Träger: Universität Tübingen -
Land Baden-Württemberg

Acht Psychologen mit Qualifikation in psychologischen Therapieverfahren und ein Psychiater mit psychoanalytischer Zusatzausbildung übernehmen im Rahmen der Forschung und Lehre die ambulante Behandlung einer begrenzten Klientenzahl (ca. 150/Jahr) mit neurotischen und psychosomatischen Störungen und Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen. Verhaltenstherapie überwiegt im Therapieangebot. Im Rahmen der Forschung und Lehre des Psychologischen Instituts werden immer wieder langfristige Therapieprojekte durchgeführt, z.B. bei Migräne, Schmerz, Adipositas, u.a.

2.2.5 Die Abteilung für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Tübingen

Neckargasse 7, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 29 67 19
Sprechzeiten: Mo - Fr vormittags
Träger: Universitätsklinikum -
Land Baden-Württemberg

Fünf Mitarbeiter, mit der Qualifikation Facharzt bzw. Dipl.-Psychologe mit psychoanalytischer Zusatzausbildung, bieten - neben Forschung, Lehre und Supervision - jährlich etwa 140 Patienten psychoanalytische Psychotherapie. Das Behandlungsangebot kommt vorwiegend Kranken mit neurotischen Störungen zugute.
Einzugsgebiet: vorwiegend Stadt Tübingen. Einzelne Patienten kommen aus dem Umkreis bis zu 40 km Entfernung.

2.2.6 Ambulanter Dienst des
Vereins für Psychoanalytische Sozialarbeit e.V.

Niedernauer Str. 11, 7407 Rottenburg
Tel. 0 74 72 / 84 74
Kontaktadresse: St. Becker
Tel. 0 70 71 - 49 604 oder 29 23 06
Träger: eingetragener Verein
Dachverband: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

Der Verein betreibt ein therapeutisches Heim für psychisch kranke Kinder und Jugendliche (siehe Abschnitt B 2.3) und ist dabei, einen ambulanten Dienst aufzubauen. Absicht der Einrichtung ist, die Kontinuität der Behandlung auch in der Nachsorge aufrecht zu erhalten.

Zwischen dem Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit und der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen besteht gute Zusammenarbeit.

2.3 Stationäre Dienste

In die stationäre Versorgung der Tübinger Landkreisbevölkerung teilten sich in früheren Jahren die Universitäts-Nervenklinik Tübingen, das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten, das Psychiatrische Krankenhaus Rottenmünster und das Christophbad in Göppingen, letzteres allerdings nur mit einem sehr geringen Versorgungsanteil.

Seitdem die Psychiatrischen Krankenhäuser Rottenmünster und Göppingen die Versorgungsverpflichtung für eigene Einzugsgebiete übernommen haben, erfolgt die stationäre Behandlung psychisch Kranker des Landkreises Tübingen im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten und in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen.

2.3.1 Psychiatrisches Landeskrankenhaus Zwiefalten

Hauptstr. 9, 7942 Zwiefalten
Tel. 0 73 73 / 1 01
Träger: Land Baden-Württemberg

Die Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Tübingen hat das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten übertragen bekommen.
Bettenzahl: 240 (am 30.6.1982)
Weitere Reduzierung vorgesehen auf 210.

Durch Sanierungsmaßnahmen und Bettenreduzierung im Gefolge des Landespsychiatrieplans von 1974 hat das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten an Attraktivität gewonnen:

Abgeschafft sind die menschenunwürdigen Schlafsäle, in denen 50 Kranke dicht bei dicht untergebracht waren. Die Situation in den Abteilungen für Unruhige wurde verbessert durch Reduzierung der Belegungsdichte. Gerade der unbefriedigende Zustand in diesen Abteilungen hatte in der Bevölkerung das Negativbild von Zwiefalten geprägt. Psychisch Kranke, die im Zustand der Erregung besonders dringend eine ruhige Umgebung und individuelle Zuwendung benötigt hätten, waren in der Vergangenheit auf überfüllten Stationen gehalten und mit Zwangsmaßnahmen gebändigt worden. Die Reduzierung der Belegungsdichte, im Zusammenwirken mit der Pharmakotherapie, hat die Situation entspannt.

Das Erscheinungsbild des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Zwiefalten hat sich insgesamt positiv verändert:
die Klosteranlagen wurden renoviert, die Säle in kleinere Zimmer verwandelt, die Patientenzahl und Belegungsdichte reduziert, Einrichtungen für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie geschaffen, therapeutische Gymnastik und therapeutisches Reiten in den Behandlungdplan aufgenommen. Geblieben aber sind Diskriminierung und Vorurteile in der Bevölkerung.

Geblieben ist die Benachteiligung des Psychiatrischen Landeskrankanhauses Zwiefalten gegenüber der Univeritäts-Nervenklinik Tübingen in Personalausstattung und Patientengut. Die Universitäts-Nervenklinik Tübingen hat die Freiheit zur Patientenselektion nach eigenem Bedürfnis, das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten unterliegt der Aufnahmeverpflichtung.

Geblieben als Nachteil Zwiefaltens ist vor allem die rehabilitationshemmende Entfernung vom Versorgungsgebiet. 60 km zwischen dem Kranken und seinen Angehörigen, Freunden und Nachbarn, 60 km weg vom Beruf, 60 km entfernt vom Sozialleben der Gemeinde - das trennt und entfernt! Das schmälert die Chance der Wiedereingliederung!

Die ungünstige Auswirkung der Entfernung vom Heimatort wurde von A. Finzen bei einer Erhebung der Verweildauer der Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Jahr 1969 festgestellt (Finzen 1979, S. 84/85): Die Verweildauer der Patienten von mehr als 50 km entfernten Herkunftsorten war signifikant höher als die Verweildauer der Landkreispatienten und der Patienten aus dem nahen Umfeld, obwohl die Krankheitsbilder der "Auswärtigen" keine medizinisch begründeten Erschwernisse zeigten und die sozialen Voraussetzungen dieser Patienten deutlich günstiger waren als die der Landkreispatienten.

A. Finzen erklärt die Tatsache der kürzeren Verweildauer der Patienten aus dem Nahbereich mit der günstigeren Möglichkeit zur Nachbetreuung und der daraus folgenden Bereitschaft des Therapeuten zu frühzeitiger Entlassung*.

---

* Der Landespsychiatrieplan von 1974 zog Konsequenzen aus der Erkenntnis der negativen Auswirkung gemeindeferner stationärer Unterbringung. In einem Stufenplan war die Verkleinerung der Einzugsgebiete der stationären Einrichtungen vorgesehen bis zu einer Einwohnerzahl der Versorgungsgebiete von je 200.000 bis 350.000 Einwohner. Das bedeutete eine Vermehrung der Versorgungsgebiete von 13 im Jahr 1974 auf 31 überschaubare Versorgungsgebiete nach 1980.
Die Revision des Psychiatrieplans im Jahr 1979 nahm die Zielvorstellung zurück auf 19 Versorgungsgebiete.

Wenn mit der geographischen Entfernung der stationären Einrichtung vom Heimatort die Verweildauer des Patienten zunimmt, nehmen im gleichen Maße die Chancen der Rehabilitation ab. Denn längere Verweildauer bedeutet:

- ein höheres Maß an Unselbständigkeit,
- Verstärkung der Regressionstendenz auf Bett und Versorgungsbedürftigkeit,
- Zunahme des Hospitalismusrisikos durch Unterstimulation,
- Erschwerung der Reintegration durch längere Abwesenheit von den Bezugspersonen mit entsprechender beidseitiger Entwöhnung.

2.3.2 Die Universitäts-Nervenklinik Tübingen

Osianderstr. 22, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 29 26 84
Bettenzahl: 148 psychiatrische Betten
78 neurologische Betten
Träger: Land Baden-Württemberg

Die psychiatrische Versorgung der Landkreisbevölkerung wird bislang noch nicht voll von der Tübinger Nervenklinik übernommen. Ein Abkommen der Stadt Tübingen mit der Universität von 1924 garantiert den Bewohnern Tübingens ein Recht auf stationäre Behandlung in den Universitätskliniken am Ort.

In all den Jahren partizipiert die Landkreisbevölkerung am Recht aus diesem Vertrag zwischen Universität und Stadt, dem ursprünglich das Interesse der Universität an der Sicherung des Patientenguts zugrundelag. Das Universitätsklinikum übt somit de facto die Kreiskrankenhausfunktion für den Landkreis Tübingen aus.

Diese Kreiskrankenhausfunktion wird von allen Fachrichtungen des Universitätsklinikums voll erfüllt - nicht aber von der Universitäts-Nervenklinik.

A. Finzen hat in einer Untersuchung des Patientendurchgangs von 1969 der Universitäts-Nervenklinik Tübingen und der Psychiatrischen Krankenhäuser Zwiefalten, Rottenmünster und Göppingen festgestellt, daß 27 % der psychisch kranken Landkreisbewohner 1969 außerhalb des Landkreises Tübingen stationär aufgenommen wurden (A. Finzen 1979, S. 138).

Die Differenzierung des Patientenguts der genannten stationären Einrichtungen im Verlauf des Jahres 1969 und im Herbst 1971 unter den Kriterien soziale Schichtzugehörigkeit, Familienstand, Alter, Krankheitsdiagnose und Prognose hat A. Finzen in "Argumente für eine gemeindenahe Psychiatrie" 1979 veröffentlicht (A. Finzen 1979, S. 79-82): Es zeigt sich, daß 1969 die in der Nervenklinik behandelten Landkreisbewohner in den oben genannten Kriterien signifikant von denjenigen Landkreisbewohnern abwichen, die in den Psychiatrischen Krankenhäusern Zwiefalten, Rottenmünster und Göppingen stationäre Aufnahme fanden*.

Im Klientel der Nervenklinik überwogen nach dieser Studie neurotische Störungen und Versagenszustände - die in Zwiefalten und Rottenmünster praktisch nicht vertreten waren - sowie affektive Psychosen, entsprechend dem Forschungsschwerpunkt der Universitäts-Nervenklinik auf dem Gebiet der biologischen Psychiatrie.

Die Jahrgänge unter 40 waren in der Nervenklinik stark überrepräsentiert, die soziale Schichtzugehörigkeit verteilte sich gleichmäßig auf Unter-, Mittel- und Oberschicht**.

---

* Das Christophsbad Göppingen wird im folgenden vernachlässigt wegen seines geringen Versorgungsbeitrags für den Landkreis Tübingen zum Zeitpunkt der Studie.

** Die Studie von A. Finzen nimmt die Schichteinteilung nach Berufsangaben vor und zählt qualifizierte Angestellte, Selbständige und Akademiker zur Oberschicht.

In Zwiefalten/Rottenmünster war zum Zeitpunkt der Studie die Oberschicht nicht vertreten. Überrepräsentiert waren dort die alten Menschen ab 55 Jahren und die Alleinstehenden.

Alterskranke Tübinger waren dort 7 mal häufiger vertreten als in der gemeindenahen Nervenklinik. Überrepräsentiert waren in Zwiefalten/Rottenmünster auch die Alkoholiker aus dem Landkreis Tübingen. Bei den Psychotikern zeigte sich, daß je häufiger die Rezidive, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, zur Weiterbehandlung von der Nervenklinik wiederaufgenommen zu werden. Dagegen fand die stationäre psychiatrische Erstbehandlung der Landkreisbewohner mit Psychosen weitgehend in der Nervenklinik statt.

Entsprechend der ungleichen Verteilung der Krankheitsdiagnosen war ein deutliches Gefälle der Prognosen zu erkennen: 48 % der Nervenklinikpatienten hatten eine relativ günstige Prognose gegenüber nur 11 % der Patienten von Zwiefalten und Rottenmünster.

Die Studie von A. Finzen ergibt als Resumée:

Die Universitäts-Nervenklinik mit ihrer besseren Personalausstattung und ihrem rehabilitationsfördernden geographischen Vorteil behandelte 1969 die leichteren Fälle der Landkreisbewohner mit günstigerer Prognose, während den Psychiatrischen Krankenhäusern Zwiefalten und Rottenmünster die Behandlung der Schwerkranken übertragen wurde.

Diese nachteilige Patientenselektion kann verhindert werden, wenn sich die Universitäts-Nervenklinik Tübingen entschließt, eine freiwillige Versorgungsverpflichtung für alle Bewohner des Landkreises Tübingen zu übernehmen. Ein solcher Entschluß der Nervenklinik vermag

- das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten von den gängigen Vorurteilen und dem Ruf der Zweitrangigkeit zu befreien,

- die Diskriminierung bestimmter Patientengruppen und die Angst der Bevölkerung vor dieser Diskriminierung zu beenden,

- das Lehrangebot der Universitäts-Nervenklinik auf das volle Repertoire psychiatrischer Probleme auszuweiten und den Therapeutennachwuchs mit der psychiatrischen Realität zu konfrontieren,

- dem Landkreis Tübingen die Chance zu bieten, als Standardversorgungsgebiet mit zentraler stationärer Einrichtung die Vorstellung von gemeindenaher Psychiatrie zu verwirklichen*.

2.3.3 Nachsorgeklinik für psychisch Kranke

Im Alten Rauns 4, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 7 45 06
Träger: Fördergemeinschaft Nachsorgeklinik für psychisch Kranke Tübingen e.V.

Die Nachsorgeklinik mit 14 Behandlungsplätzen versteht sich als stationäre Einrichtung für mittelfristige Behandlung subakuter psychotischer Patienten im Alter von 18 - 30 Jahren.

Das Mitarbeiter-Team besteht aus zwei Krankenschwestern für Psychiatrie, einer Beschäftigungstherapeutin, einem Sozialpädagogen, zwei Sozialarbeitern und einer Fachärztin für Psychiatrie mit Zusatztitel Psychotherapie.

Die Finanzierung erfolgt über Pflegesatzabrechnung**. Die 14 Patienten kommen überwiegend aus den Landkreisen Tübingen und Reutlingen.

---

* Entsprechend den positiven Erfahrungen Hannovers mit der Übernahme der Versorgungsverpflichtung für einen der Sektoren durch die Medizinische Hochschule (Blum/Schlia 1979).

** Dem Entgegenkommen der AOK ist zu danken, daß die Finanzierung der Behandlung in der Nachsorgeklinik über Pflegesatzabrechnung möglich ist.

2.3.4 Das Klinische Jugendheim

Osianderstr. 14, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 29 23 38

ist die stationäre Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen mit 25 Betten. Jährlich werden hier etwa 100 Kinder und Jugendliche im Alter von 9 - 18 Jahren stationär behandelt wegen psychiatrischer, psychosomatischer und psychosozialer Störungen.

Qualifikation der 33 Mitarbeiter: Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Erzieher, Krankenschwestern und -pfleger. Die Einrichtung hat überregionalen Charakter. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa Württemberg.

2.3.5 Das Therapeutische Heim für psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Niedernauer Str. 11, 7407 Rottenburg
Tel. 0 74 72 / 84 74
Kontaktperson: St. Becker, Tel. 0 70 71 / 4 96 04
Träger: Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit e.V.

Das Therapeutische Heim für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ist eine kleine stationäre Einrichtung, die etwa 5 - 6 psychisch schwergestörten Kindern und Jugendlichen ab dem 3. Lebensjahr intensive Therapie in familiärem Milieu zukommen läßt - finanziert als Eingliederungsmaßnahme nach dem BSHG.

Das Mitarbeiterteam setzt sich zusammen aus 6 psychoanalytisch-sozialpsychiatrisch geschulten Personen, mit der Qualifikation Kinderkrankenschwester, Erzieher, Pädagoge und Sozialpädagoge, und einer Lehrerin mit der Qualifikation einer Sonderpädagogin. Zwei Psychoanalytiker bieten Supervi-

sion. Es besteht enge Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen.

Stationäre Einrichtungen für Suchtkranke werden dargestellt unter B 2.7.2.2.

2.4 Teilstationäre Einrichtungen

2.4.1 Die Tagesklinik der Universitäts-Nervenklinik Tübingen

Wildermuthstr. 10, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 29 65 30 oder 29 23 08
Träger: Universitäts-Nervenklinik Tübingen - Land Baden-Württemberg

Finanzierung über Pflegesatzabrechnung mit der Krankenkasse. Mitarbeiter-Team: 4 Krankenpfleger, 1 Beschäftigungstherapeutin mit 2 Praktikanten, 1 Zivildienstleistender, 1 Arzt und Mitwirkung der Sozialarbeiterin der Nervenklinik.

Die seit 1972 bestehende Tagesklinik ist ausgelegt auf 30 Patienten. Etwa 50 % der Patienten werden von der Nervenklinik zugewiesen, die restlichen 50 % kommen selbst oder werden von niedergelassenen Ärzten überwiesen. Am 15.7.1983 sind 75 % der Patienten Männer, 25 % Frauen.

Die Zielgruppe der Tagesklinik sind diejenigen Patienten der Universitäts-Nervenklinik, die von der Familiensituation her die Möglichkeit haben, zuhause zu leben und in erreichbarer Nähe zur Tagesklinik wohnen.

Der Konzeption der Tagesklinik liegt folgende Überlegung zugrunde: auch auf der klinischen Bettenstation beschränkt sich die Therapie auf die Stunden des Tages. Für bestimmte Patienten mit günstigen Familien- und Anreisebedingungen besteht nicht die Notwendigkeit, in der therapeutischen Einrichtung zu übernachten.

Nach Farndale (1963, zit. nach A. Finzen 1979, S. 6) ist ein Krankenhausbett 6 mal teurer als ein Behandlungsplatz in der Tagesklinik, obwohl der Tagesklinikpatient ebenfalls von Montag bis Freitag ganztägig nach einem festgelegten Therapieprogramm behandelt wird.

Die Schwerpunkte der Behandlung liegen in den täglichen Gruppengesprächen, den täglichen beschäftigungstherapeutischen Aktivitäten und dem wöchentlich festgelegten Einzelgespräch des Patienten mit seinem Bezugstherapeuten. Die Zweierbeziehung Patient - Therapeut tritt in ihrer therapeutischen Bedeutung zurück hinter die therapeutische Relevanz der Gruppe, entsprechend der Konzeption einer "therapeutischen Gemeinschaft" (A. Ploeger 1972 und A. Finzen 1977).

Die therapeutische Gemeinschaft umfaßt neben den Patienten alle Mitarbeiter der verschiedensten Berufsgruppen. Das Leben in der Gemeinschaft wird zum Therapiegeschehen. Die Behandlung beschränkt sich nicht auf die begrenzte Situation des Gesprächs mit dem Therapeuten. Die Analyse der sozialen Ereignisse in der Gemeinschaft ermöglicht eine Rollenüberprüfung und Umstrukturierung der Rollenverhältnisse.

In der therapeutischen Gemeinschaft ist die starre Rollenverteilung von Gebenden und Nehmenden aufgehoben. Auch der psychisch Kranke ist in der Lage, mit seinen gesunden Anteilen Gebender zu sein für die Gemeinschaft. Die Kraft, die von ihm ausgeht in der Hilfe für andere, stärkt seine Würde und fördert seinen eigenen Heilungsprozeß.

Das Konzept der Tagesklinik schafft zwei Probleme: (A. Finzen 1977)

1. Die Familienangehörigen werden zwangsläufig in die Therapie einbezogen und nicht unerheblich belastet.

2. Trotz sorgfältiger Auswahl der Patienten für die tagesklinische Behandlung ist das Risiko von Suizidhandlungen in den Abend- und Nachtstunden und an Wochenenden nicht ganz auszuschließen.

Dem stehen die therapeutischen Vorteile der tagesklinischen Behandlung gegenüber:

- Im Gegensatz zur bettenzentrierten stationären Vollversorgung, die Regressionstendenzen unterstützt, läßt die tagesklinische Behandlung dem Patienten ein beträchtliches Maß an Selbstbestimmung.

- Die Einbeziehung des sozialen Umfelds in die Therapie erhält die Bindung zu Freunden und Angehörigen aufrecht und bietet dem Patienten die Möglichkeit, sich unter therapeutischer Begleitung mit den Konflikten und Problemen im eigenen Lebensbereich auseinanderzusetzen.

2.5 Komplementäre Dienste

Die Psychiatrie-Enquête unterscheidet "komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung" und "sonstige komplementäre Dienste" (Drucksache 7/4200, S. 223). Unter die erste Gruppe werden Übergangsheime, Wohnheime und Einrichtungen für Mehrfach- und Schwerstbehinderte gezählt, unter die zweite Gruppe beschützende Wohngruppen, Patientenclubs und Tagesstätten.

Über welche komplementären Einrichtungen verfügt der Landkreis Tübingen?

2.5.1 "Komplementäre Dienste mit voller Patientenversorgung"

2.5.1.1 Die Nachsorgeklinik für psychisch Kranke, die bereits unter Abschnitt B 2.3 "Stationäre Einrichtungen" aufgeführt wurde, erfüllt eine Doppelfunk-

tion. Sie setzt einerseits die klinische stationäre Behandlung unter reduziertem Therapieaufwand fort und übernimmt andererseits die Funktion eines Übergangsheims: die Entlassung des Patienten vorzubereiten.

Die Psychiatrie-Enquête (Drucksache 7/4200, S. 223 ff.) nennt als Bedarfsquote für komplementäre Dienste der Vollversorgung für psychisch kranke Erwachsene 0,45 ‰: - 0,20 ‰ in Übergangsheimen und 0,25 ‰ in Wohnheimen.

Der Landkreis Tübingen benötigte demnach insgesamt 78 Plätze: - 35 Plätze in Übergangsheimen und 43 Plätze in Wohnheimen.

In diesem Bereich besteht eine große Versorgungslücke im Landkreis Tübingen. Von den erforderlichen 35 Übergangsheimplätzen stehen in der Nachsorgeklinik höchstens 14 Plätze zur Verfügung. Ein gemeindenahes Wohnheim für chronisch Kranke gibt es im Landkreis Tübingen nicht.

Wohnheime sind bestimmt für die Aufnahme chronisch psychisch Kranker auf unbestimmte Dauer.

> Die Bewohner benötigen zwar keine intensive medizinische Behandlung, sind aber aufgrund ihrer begrenzten oder fehlenden Selbständigkeit im Bereich des Wohnens und der Freizeit oder aufgrund ihrer sozialen Anpassungsschwierigkeiten nicht in der Lage, selbständig zu wohnen oder mit Angehörigen zusammenzuleben. Sie bedürfen deshalb vorrangig besonderer sozio-therapeutischer, pädagogischer und pflegerischer Betreuung ...
>
> (Drucksache 7/4200, S. 225)

Unter den Bewohnern von Wohnheimen kann ein Teil voll arbeitsfähig sein. Ein anderer Teil ist nur

unter beschützten Arbeitsbedingungen arbeitsfähig oder - wegen der Wechselhaftigkeit des Befindens - auf beschäftigungstherapeutische Aktivierung angewiesen.

Ziel der Bemühungen des therapeutischen Teams eines Wohnheims ist in erster Linie die Rückführung der Arbeitsfähigen in den Arbeitsprozeß, die Befähigung der Behinderten zur Arbeit in einer Behindertenwerkstätte oder an einem beschützten Arbeitsplatz und - durch Training in der Meisterung von Alltagsaufgaben im Haushalt - die Entlassung von Wohnheimbewohnern in angegliederte Trainingswohnungen und später in beschützte Wohngruppen.

Die seelisch Behinderten, die trotz der intensiven Bemühungen keines dieser Ziele erreichen, erfahren im Wohnheim auf Dauer die für sie notwendige Versorgung, Stützung und Anregung durch beschäftigungstherapeutische Aktivitäten.

Das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten hat zunehmend größere Schwierigkeiten, Patienten aus Tübingen in beschütztem Wohmraum oder gemeindenahen Heimen unterzubringen. Im Gegensatz zu den beiden Landkreisen Reutlingen und Esslingen, die ebenfalls zum Einzugsbereich des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Zwiefalten gehören, verfügt der Kreis Tübingen über kein Wohnheim und keinen beschützten Wohnraum. Durch die fortschreitende Regionalisierung der Versorgung psychisch Kranker beschränken die Einrichtungen anderer Landkreise ihre Aufnahmebereitschaft zunehmend auf Patienten des eigenen Landkreises. Fehlen aber beschützte Wohngruppen, so bleibt dem Sozialdienst des Psychiatrischen Landeskrankenhauses oft nur der Ausweg, ein Pflegeheim zu vermitteln in abgelegenen Gegenden.

Es ist nicht im Sinne einer Gemeindepsychiatrie, die sich allen Bürgern des Landkreises verpflichtet fühlt, daß die seelisch Kranken, die auf Versorgung in den Notwendigkeiten des Alltags angewiesen sind, in weit entfernte, abgelegene, stillgelegte Hotels oder Sanatorien ausquartiert werden.

Private Unternehmer haben in den letzten Jahren die Marktlücke an Pflegeplätzen erkannt und fehlinvestierte Tourismusanlagen der Nutzung als Pflegeheime zugeführt - oft weitab von jedem Gemeindeleben.

F. Reimer, der Leiter des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg klagt über den Mißstand (F. Reimer 1975, S. 461)

> ... sind Probleme durch die Kommerzialisierung entstanden. Zehntausend Kranke im Schwarzwald oder sonstwo in der Hand gewerblicher Unternehmer, die, lediglich kontrolliert durch die Gewerbegesetzgebung, auch noch an den Kranken verdienen wollen, an denen bisher alle Segnungen allgemeinen Wohlstands vorübergegangen sind, ist eine makabre Wirklichkeit.*

Man stelle sich vor, ein depressiver Tübinger Bürger, den seine Antriebslosigkeit hilfsbedürftig macht, muß Tübingen verlassen, um in irgendeinem abgelegenen Schwarzwaldhotel seine Tage zu verbringen.

---

* Mit dem Gesetz über Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz) vom 7. August 1974 wurde das Eingreifen in besonders gravierenden Fällen ermöglicht: die Erlaubnis zum Betreiben eines Heimes kann versagt werden, wenn die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner nicht ausreichend gewahrt werden.

Das mag die ärztliche Behandlung und Hygiene garantieren, wird aber schwerlich das Interesse an Aktivierung, Anregung und menschlicher Zuwendung miteinschließen.

Je ruhiger er sich verhält, desto pflegeleichter ist er, desto weniger Personalaufwand hat der private Heimbetreiber zu leisten.

Maßnahmen zur Aktivierung des Patienten mit dem Ziel, ihm die Rückkehr ins selbständige Leben zu ermöglichen, sind kostenaufwendig. Unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten sind Kostenfaktoren möglichst einzuschränken.

Angesichts der eklatanten Versorgungslücke im komplementären Bereich im Landkreis Tübingen stehen die Betreuer von psychisch Kranken vor der fatalen Situation:

- einerseits zu erkennen, daß das typische Erscheinungsbild des "Irrenhausinsassen" vergangener Tage ein Artefact der Langzeithospitalisierung und Inaktivierung ist - das sogenannte "Unterstimulationssyndrom"

- und andererseits hinnehmen zu müssen, daß die pflegebedürftigen psychisch Kranken aus dem Landkreis Tübingen, entfernt von ihren menschlichen Beziehungen, in abgelegenen Heimen der krankheitsfördernden Unterstimulation ausgesetzt werden.

Öffentliche Kritik ist nicht zu erwarten, solange die Verwahrung der betroffenen Tübinger Bürger in landschaftlich schöner, ausstattungsmäßig bequemer und hygienisch einwandfreier Art und Weise passiert.

Zur Gruppe der komplementären Dienste mit Vollversorgung sind im Landkreis Tübingen mehrere Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zu zählen, die wegen ihres nichtbegrenzten Einzugsgebietes jedoch überregionalen Charakter haben:

2.5.1.2 Die therapeutischen Wohngruppen des Tübinger Vereins für Sozialtherapie bei Kindern und Jugendlichen e.V., auf Wunsch der Kinder seit kurzem "Tübinger Jugendwohngruppen" genannt.

Verwaltung: Gartenstr. 131
Tel. 0 70 71 / 2 60 88
Sprechzeiten: Mo - Fr 9 - 18 Uhr

Der Trägerverein wurde 1974 von engagierten Tübinger Bürgern, Pädagogen, Psychologen und Ärzten gegründet.

Entsprechend dem Konzept dezentraler Heimerziehung werden die Kinder und Jugendlichen von 9 - 19 Jahren in 5 separaten Häusern betreut.

Das Mitarbeiterteam jeder Wohngruppe besteht aus zwei ausgebildeten Pädagogen beiderlei Geschlechts, einem Zivildienstleistenden und einer Praktikantin.

Anschriften der 5 Wohngruppen:

- 7401 Nehren, Kappelstr. 5
  Tel. 0 74 73 / 32 62
  (6 Kinder und Jugendliche)

- 7406 Mössingen, Breitestr. 22
  Tel. 0 74 73 / 72 04
  (6 Kinder und Jugendliche)

- 7400 Tübingen, Mathildenstr. 5
  Tel. 0 70 71 / 3 56 88
  (6 Kinder und Jugendliche)

- 7400 Tübingen, Gartenstr. 129
  Tel. 0 70 71 / 2 37 43
  (6 Kinder und Jugendliche)

- 7400 Tübingen, Gartenstr. 131
  Tel. 0 70 71 / 21 13 44
  (3 Jugendliche und Verwaltung)

Vermittlungs- und
Nachsorgedienst: 7400 Tübingen, Pfleghofstr. 11
Tel. 0 70 71 / 2 21 96

In den Wohngruppen werden 27 verhaltensgestörte und psychisch auffällige Kinder- und Jugendliche betreut. 10 Jugendliche werden nach ihrem Ausscheiden aus den Wohngruppen im Sinne einer Nachsorge "begleitet". 4 Kinder sind in Sonderpflegestellen untergebracht.

Zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität und den Tübinger Wohngruppen besteht enge Zusammenarbeit. Häufig werden Kinder nach stationärer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in eine therapeutische Wohngruppe aufgenommen.

Das Mitarbeiterteam der Tübinger Jugendwohngruppen setzt sich zusammen aus 19 Hauptamtlichen: Erzieher, Sozial- und Dipl.-Pädagogen, Lehrer, 1 Psychologin und 2 Verwaltungsfachkräfte.

Die Arbeit wird finanziert über Tagespflegesätze von den Jugendämtern der Herkunftsgemeinden der Kinder.

Wachsende Schwierigkeiten der Wohngruppen-Einrichtung:

Die therapeutische Arbeit der Wohngruppen hat zum Ziel, den erwachsenwerdenden jungen Menschen in die Gesellschaft einzugliedern; ihn in die Lage zu versetzen, selbständig zu werden und für seinen Lebensunterhalt selbst zu sorgen.
Die Erfolgsicherung der Therapie in den Wohngruppen ist in Frage gestellt, wenn die Überleitung zur Selbständigkeit am Arbeitsplatzmangel und an der Wohnraumverknappung scheitert.

Ein erster Versuch, das Arbeitsplatzproblem anzugehen, stellt die Initiative der Wohngruppen zur Einrichtung eines Gebrauchtwarenmarktes dar. Auf dieses Projekt wird im Teil C dieser Arbeit näher eingegangen.

2.5.1.3 Sophienpflege

Im Hägnach 3, Tübingen-Pfrondorf
Tel. 0 70 71 / 8 20 11

Die Sophienpflege - eine Einrichtung des Diakonischen Werks - ist die größte Einrichtung der Jugendhilfe in Baden-Württemberg. 300 Kinder und Jugendliche, mit Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, werden von 145 Mitarbeitern betreut, teils in teilstationären Tagesgruppen, teils in dezentralen Wohngruppen und im Rahmen der Sonderschule für Verhaltensgestörte und Lernbehinderte.

In den mittlerweile 35 Außenwohngruppen leben 135 Kinder und Jugendliche unter den Lebensbedingungen einer Familie, in Gruppen von etwa 5 Kindern und 2 Erziehern*.

Für ältere Jugendliche gibt es die Möglichkeit von Wohngemeinschaften abgestufter Intensität bzw. Distanz, je nach sozialpädagogischer Indikation.

Es ist nicht möglich, im Bereich der Sozialtherapie von Kindern und Jugendlichen Bedarf und Angebot abzuwägen, da sämtliche einschlägigen Einrichtungen überregionalen Versorgungscharakter haben.

---

* Die Außenwohngruppen sind dezentral untergebracht in den Landkreisen Tübingen, Reutlingen, Böblingen und Nürtingen.

Nach der Bedarfsquote der Psychiatrie-Enquête (Drucksache 7/4200, S. 240) benötigte der Landkreis Tübingen 26 Plätze in Einrichtungen mit Sonderpädagogik, Heilpädagogik, Sozialpädagogik und Psychotherapie und 26 Plätze für Jugendliche in Konfliktsituationen mit dissozialem Verhalten und Drogenmißbrauch*.

Die genannten Einrichtungen haben keine Aufnahmeverpflichtung für Kinder und Jugendliche aus dem Landkreis Tübingen. Die Erfahrung zeigt jedoch, daß die Zusammenarbeit der Einrichtungen mit den Jugendämtern von Stadt und Landkreis Tübingen gut ist und daß die Dienste bemüht sind, Unterbringungsprobleme gemeinsam zu lösen.

---

* Definition nach Drucksache 7/4200, S. 240:
Sonderpädagogische Behandlung: für Lernbehinderte mit schwerwiegenden Verhaltensproblemen,
heilpädagogische Behandlung: bei minimaler Beeinträchtigung der Gehirnfunktion mit Verhaltensproblemen,
sozialpädagogische Behandlung: bei unlösbaren Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen,
psychagogische Behandlung: bei neurotischen Entwicklungen.

2.5.2 Sonstige komplementäre Einrichtungen

2.5.2.1 Beschützter Wohnraum

Was versteht man darunter?
Ehemalige Patienten, die nach erfolgreicher Behandlung in stationären und teilstationären Einrichtungen, im Übergangsheim oder Wohnheim, in der Lage sind, die Aufgaben des Alltags einigermaßen selbständig zu bewältigen, bewohnen in Kleingruppen von 2 - 6 Personen eine gemeinsame Wohnung unter lockerer Hilfestellung durch einen professionellen Betreuer.

In regelmäßigen Gruppengesprächen der Bewohner mit dem Betreuer lassen sich zwischenmenschliche Probleme und die Fragen der Alltagsbewältigung klären. Der Betreuer vermag frühzeitig zu erkennen, wenn sich die psychische Stabilität eines Patienten verschlechtert. Er kann rechtzeitig die erforderliche Hilfe vermitteln.

Die lockere Betreuung von psychisch Kranken in beschützten Wohngruppen bei größtmöglicher Selbständigkeit ist eine effektive Form der Nachsorge.

Für Miete und Lebensunterhaltskosten kommen die Bewohner der beschützten Wohngruppen selbst auf - gegebenenfalls unter Inanspruchnahme von Sozialhilfe. Die Fachkraft zur Betreuung der Wohngruppe wird vom Landeswohlfahrtsverband finanziert. Für 10 - 12 Betreute wird eine Fachkraft anerkannt. (Richtlinien des Landeswohlfahrtsverbands Württemberg-Hohenzollern vom 1.1.1980, zit. nach Landkreistag 1981, S. 48)

Der Landkreis Tübingen benötigt dringend beschützten Wohnraum. Der Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V. bemüht sich seit Jahren um ein Haus zur Einrichtung beschützter Wohngruppen.

Bis 1983 war den Bemühungen kein Erfolg beschieden. Informationsmangel und Vorurteile verhinderten das angestrebte Mietverhältnis des Vereins mit der Stadt Tübingen. Erst durch die persönlichen Kontakte in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft konnten die Pläne von beschütztem Wohnraum vorangebracht werden.

Im Teil C dieser Arbeit wird auf diese Entwicklung näher eingegangen.

Vorwegnehmend sei in diesem Zusammenhang bereits auf die Bedeutung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft hingewiesen: Hier findet der erforderliche Informationsfluß statt, der die Realisierung von Planungen ermöglicht. Hier werden Erfahrungen ausgetauscht, Anregungen weitergegeben, Bedenken ausgesprochen und Vorurteile korrigiert.

2.5.2.2 Patienten-Club

Psychisch kranke Menschen haben oft große Schwierigkeiten, Kontakte zu Mitmenschen aufzunehmen. Viele ziehen sich aus jeder Beziehung zurück, bis hin zu völliger Isolation. Aufmerksam wird die Umwelt meist erst dann, wenn der Rückzug durch regelrechtes Verbarrikadieren sichtbar wird.

Das Anliegen von Patientenclubs ist es, die Eskalation zu vermeiden. Die Patientenclubs bieten den psychisch Kranken und den ehemaligen Kranken die Möglichkeit, zwischenmenschliche Kontakte unter erleichterten Bedingungen zu knüpfen und zu pflegen. Hier im Kreis von Expatieten und engagierten nichtkranken Clubmitgliedern werden Sonderlichkeiten des Kranken toleriert und störende Nebenwirkungen der Psychopharmaka - Mimikverarmung, Beeinträchtigung des Bewegungsablaufs - als Nebenwirkungen der Medikamente erkannt. Hier wird ungeselliges Verhalten nicht mit Ausschluß sanktioniert. Hier besteht die Möglichkeit, Zeichen der Verschlech-

terung des psychischen Befindens zu beobachten und auf die Wiederaufnahme der Therapie hinzuwirken.

2.5.2.2.1 Patientenclub "die Klinke"
Tübinger Hilfsgemeinschaft,
Hilfsverein für psychisch Kranke e.V.

Haaggasse 5, Tübingen
Kontaktpersonen: B. Holdt Tel. 0 70 71 / 3 23 54
R. Fichtner Tel. 0 70 71 / 2 19 65

Als erster Patientenclub im Landkreis Tübingen wurde 1972 von einer Bürgerinitiative "die Klinke" gegründet. Ihre Konzeption basiert auf der partnerschaftlichen Beziehung zwischen Expatienten und Nichtpatienten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen und Organisation von Freizeitaktivitäten.

Die erfolgreiche Arbeit der Bürgerinitiative wurde mit einem Preis des Landes Baden-Württemberg ausgezeichnet: Preis für kommunale Bürgeraktion 1977.

1975 gründeten die Initiatoren der "Klinke" den Trägerverein "Tübinger Hilfsgemeinschaft, Hilfsverein für psychisch Kranke e.V." - Mitglied des Dachverbands des Diakonischen Werks - mit der Absicht, ein Kontaktzentrum zu schaffen. 1979 konnte das Haus Haaggasse 5, Tübingen, gekauft werden mit finanzieller Unterstützung durch das Diakonische Werk, das Deutsche Evangelische Hilfswerk und die Angelika-Stiftung Basel.

Nach Abschluß der - durch die Stadt Tübingen geförderten - Sanierungsarbeiten wurde im Haus Haaggasse 5 eine "Teestube" eröffnet. Die Teestubenarbeit wird ohne professionelle Mitarbeiter auf rein ehrenamtlicher Basis geleistet. Etwa 50 - 60 Personen suchen pro Woche die Teestube auf. Etwa 30 davon werden aktiv "betreut".

Die ehrenamtlichen Mitarbeiter sind teils ehemalige Patienten, teils Nichtpatienten. Zum engeren Mitarbeiterstab zählen 6 Personen. Ihnen bietet die Psychologische Beratungsstelle der Kirchen auf Wunsch Supervision an. Die Hilfsangebote des Tübinger Hilfsvereins werden anläßlich der Fragebogenaktion der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft 1983 wie folgt dargestellt:

> Wir bieten in der Haaggasse 5 fünf bis sechs mal in der Woche offene Gruppen für Begegnung und Gespräch an. Einer kleinen Gruppe von Arbeitslosen und Rentenempfängern steht das Haus den ganzen Tag offen, was allerdings mit wechselnder Verantwortlichkeit der Betroffenen noch schwierig ist. Wir machen Haus- und Klinikbesuche, gehen mit auf Ämter und z.T. auf Wohnungssuche. Freizeitgestaltung außerhalb des Hauses, Wandern, Essengehen, Besuch von Ausstellungen u.a. sind begrenzt möglich.
>
> Da unsere Einrichtung ohne professionelle Mitarbeiter aufgebaut wurde, hat sie Selbsthilfecharakter und motiviert die Betroffenen zu eigenen Aktivitäten, zur Kontaktaufnahme untereinander. In vielen Fällen wird unsere Einrichtung als einzige Aufenthaltsmöglichkeit erfahren, auch als einzige Möglichkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen. Unsere Einrichtung unterstützt vor allem den Resozialisierungsprozeß nach einem Klinikaufenthalt.
>
> (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Fragebogen vom 14.3.1983)

2.5.2.2.2 Gesprächskreis innerhalb der Diakoniestation Mössingen

Mittelgasse 19, 7406 Mössingen
Tel. 0 74 73 / 65 93
Träger: Evangelische Kirchengemeinde Mössingen

Der Gesprächskreis Mössingen wurde im Jahr 1979 im Anschluß an eine Vortragsreihe über Probleme psychisch Kranker gebildet. Die, von der Diakoniestation initiierte, Vortragsreihe fand großen Anklang und löste eine Welle von Engagementbereitschaft aus. Nach dem üblichen Prozeß des Abblätterns

der Kurzzeitbegeisterten verblieb ein relativ konstanter Kreis aus 6 ehrenamtlichen Mitarbeitern und etwa 20 Personen mit psychischen Störungen. Jeden Dienstag trifft man sich abends zum Gespräch und einmal pro Woche an einem Nachmittag zur lockeren Kommunikation mit Kaffee und Kuchen. In Notfällen machen die ehrenamtlichen Mitarbeiter Hausbesuche*. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter haben die Gelegenheit, an vier Wochenenden im Jahr Selbsterfahrungsseminare zu besuchen, die vom Diakonischen Werk Stuttgart organisiert werden.

2.5.2.2.3 Kontaktgruppe Rottenburg

Treffpunkt: Hagenwörthstr. 1, 7407 Rottenburg
Evangelisches Gemeindehaus
Termin: dienstags 20 Uhr
Kontaktadresse: Frau Wespel
Lerchenweg 21, 7407 Rottenburg
Tel. 0 74 72 / 32 11

Die Rottenburger Kontaktgruppe, gegründet 1979, setzt sich zur Zeit aus etwa 12 Personen mit psychischen Problemen und 5 ehrenamtlichen Mitarbeitern zusammen. Eine der Ehrenamtlichen ist von Beruf Psychiatrie-Krankenschwester, eine andere Eheberaterin.

Der Gruppenabend, jeden Dienstag, wird als Freizeitangebot verstanden, als Möglichkeit der Überwindung von Isolation im ländlichen Raum. Daneben werden themenzentrierte Gespräche angeboten und Hilfestellung im Alltag geleistet.

---

*, Unberührt davon sind die Hausbesuche, die die Krankenschwester der Diakoniestation auf ärztliche Anordnung durchführt.

Im Gegensatz zu den beiden Patientenclubs in Tübingen und Mössingen steht die Kontaktgruppe Rottenburg vor wesentlich größeren Schwierigkeiten, in der Bevölkerung Sympathie oder Engagementbereitschaft zu wecken.

Während in Mössingen als Ergebnis der Öffentlichkeitsarbeit eine Welle der Hilfsbereitschaft zu registrieren war - die, bei aller Kurzlebigkeit, wenigstens als Sympathieerklärung verstanden werden darf - wurde eine Öffentlichkeitskampagne der Presse in Rottenburg damit quittiert, daß Ehemänner ihren Ehefrauen verboten, "bei so etwas mitzumachen".

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft sollte sich zur Aufgabe machen, dem Rottenburger Patientenclub zur Akzeptans in der Bevölkerung zu verhelfen durch Einschalten von angesehenen Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens von Rottenburg.

2.5.2.2.4 Club für Behinderte und ihre Freunde CeBeeF

Rümelinstr. 2, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 2 69 69

Obwohl die Mehrzahl der Behinderten im CeBeeF körperbehindert sind, werden in der Satzung des Vereins alle Behinderten - auch die seelisch Behinderten - zu den potentiellen Mitgliedern des CeBeeF gezählt.

Der Club hat etwa 20 aktive Mitglieder. Mit anderen CeBeeFs in anderen Städten ist er Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Clubs für Behinderte.

Neben Freizeitaktivitäten und neben Öffentlichkeitsarbeit zur Förderung der Integration von Behinderten in die Gesellschafr leisten die Mitglieder des Clubs Hilfestellung bei den schwierigen Problemen der Wohnungssuche und Arbeitssuche.

Es erscheint sinnvoll, den CeBeeF in Zukunft an der Arbeit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zu beteiligen. Vom CeBeeF sind wertvolle Impulse für den Start von Initiativen zur Arbeitsbeschaffung für Behinderte zu erwarten. Auf das Handweberei-Projekt des CeBeeF wird an späterer Stelle eingegangen.

2.5.2.3 Laienhelfer-Arbeit

Abweichend von der Psychiatrie-Enquête wird in dieser Arbeit die Laienhelfer-Arbeit unter dem Abschnitt "Sonstige komplementäre Dienste" gesondert angeführt.

Laienhelfer-Arbeit ist aus dem gemeindepsychiatrischen Konzept nicht mehr wegdenkbar. Auch die Empfehlungen des Landkreistags betonen die Wichtigkeit dieser Art von Hilfestellung für psychisch Kranke.

Es haben sich in den vergangenen Jahren zwei unterschiedliche Vorstellungen von Laienhilfe entwickelt:
Das eine Konzept der Laienhilfe hält eine gewisse "Ausbildung" der Laienhelfer für erforderlich - nicht im Sinne des Erwerbs von psychiatrischem Wissen, vielmehr im Sinne der Befähigung zur Selbsterfahrung. Der Laienhelfer soll befähigt werden, die Wirkung seiner Person auf den Mitmenschen wahrnehmen zu können. Er soll auch befähigt werden, seine eigene seelische Belastbarkeit einschätzen zu lernen. Nach der einführenden Vorbereitung wird die Betreuungsarbeit des Laienhelfers durch fachliche Supervision begleitet. Die Supervision bietet dem Laienhelfer die Möglichkeit, sein Verhalten zum Klienten zu reflektieren und notfalls zu korrigieren.

Das andere Konzept der Laienhelfer-Arbeit setzt ganz bewußt auf die Unbefangenheit des Laienhelfers, der nichts anderes dem Kranken sein will als ein Partner und Mitmensch. Hier stehen im Vordergrund die gemeinsamen Freizeitaktivitäten, Begleitung und Hilfestellung bei praktischen Erledigungen, Zusammensein im Patientenclub und Besuche im Krankenhaus während der Zeiten stationärer Behandlung. Weil psychisch Kranke häufig in der Gefahr stehen, zu vereinsamen, ist mitmenschliche Zuwendung ein wichtiger Faktor ihrer Betreuung und Versorgung.

Im Landkreis Tübingen hat sich Laienhilfe beider Konzeptionen entwickelt. In den Patientenclubs - Tübinger Hilfsgemeinschaft/"Klinke", Gesprächskreis Mössingen und Kontaktgruppe Rottenburg - basiert die Arbeit auf dem Konzept der partnerschaftlichen Beziehung, unter Verzicht auf eine vorbereitende "Ausbildung" der Bezugspersonen. Bei Bedarf steht den ehrenamtlichen Mitarbeitern jedoch jederzeit Beratung und Ermutigung durch das Fachpersonal der Psychologischen Beratungsstelle der Kirchen zur Verfügung. Einige Laienhelfer der Patienten-Clubs nehmen aus eigenem Bedürfnis inzwischen an einer Selbsterfahrungsgruppe der Beratungsstelle teil, andere an Selbsterfahrungsseminaren über 4 Wochenenden im Jahr.

Geschulte Laienhelfer mit regelmäßiger Supervision arbeiten mit bei der Telefonseelsorge (65), beim AKL (60) und bei der Psychologischen Beratungsstelle für Ältere (30), bei der Suchtberatungsstelle der Diakonischen Bezirksstelle (5) und bei der Psychologischen Beratungsstelle für Studierende (6).

2.5.2.4 Tagesstätten

Konzeption:

In den Tagesstätten werden psychisch Behinderte betreut,

- die keiner geregelten Tätigkeit nachgehen können,
- die ihren Tag nicht in eigener Initiative zu gestalten vermögen,
- die außerhalb der Versorgungseinrichtung ambulant behandelt werden und deshalb keine fachlich therapeutischen Maßnahmen benötigen,
- die zuhause leben und deren Angehörige entlastet werden müssen, um ihrer Arbeit nachgehen zu können.

Die Tagesstätte als Einrichtung der Beschäftigung erfordert einen relativ geringen Personalkostenaufwand. Neben den Fachkräften können sich hier ehrenamtliche Laienhelfer sinnvoll betätigen. Die Mahlzeiten können von der Großküche der Klinik oder Mensa bezogen werden.

Dem relativ geringen Kostenaufwand einer Tagesstätte stehen folgende erhebliche Vorteile gegenüber:

- Die Patienten bekommen vielfältige Anregungen.
- Sie sind in eine Gruppe integriert und werden vor Isolation bewahrt.
- Die Entlastung der Angehörigen während der Wochentage hilft zu verhindern, daß die Behinderten von der Familie abgeschoben und gemeindefern in Pflegeheimen untergebracht werden.

Der Landkreis Tübingen verfügt über keine offizielle Tagesstätte. Für Patienten mit leichteren Störungen erfüllt das Haus Haaggasse 5 des Hilfsvereins für psychisch Kranke eine ähnliche Funktion - jedoch ohne jede Betreuung. Das Angebot

einer Kommunikationsstätte allein, ohne aktivierende Impulse durch eine Betreuungsperson, genügt aber für viele psychisch Kranke nicht. Dies hat der Tübinger Hilfsverein zur Genüge erfahren.

Der Landkreis Tübingen benötigt dringend eine Tagesstätte mit organisiertem Beschäftigungsprogramm, in der auch schwerer kranke chronische Patienten betreut werden können zur Vermeidung von Dauerunterbringung in abgelegenen Heimen.

2.6 Spezielle Dienste zur beruflichen Rehabilitation

> Zur beruflichen Rehabilitation gehören alle Leistungen und Hilfen, die erforderlich sind, um die Arbeitsfähigkeit des Behinderten herzustellen, wiederherzustellen, zu bessern oder zu erhalten. Dazu gehören Berufsfindung und Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Schulung; begleitende Beratung und Hilfen nach der Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, auf beschützenden Arbeitsplätzen oder in einer Werkstatt für Behindert.
>
> (Drucksache 7/4200, S. 228)

Von seiten des Arbeitsamts Tübingen/Reutlingen wird geklagt, die Arbeitsplatzvermittlung bringe bei psychisch Behinderten wesentlich größere Probleme als bei körperlich Behinderten. Bei einem Körperbehinderten kann der Arbeitgeber einschätzen, auf welche Beeinträchtigungen er sich einstellen muß. Bei einem seelisch Behinderten macht die Unsicherheit im Einschätzen der Behinderung dem Arbeitgeber und den Arbeitskollegen Angst. Dazu kommt als zusätzliche Erschwerung, daß der psychisch Behinderte ebenfalls Angst hat: vor den Leistungsanforderungen, vor dem Chef, vor den Mitarbeitern.

Die Arbeitsvermittlung eines ehemalig psychisch Kranken oder eines psychisch Behinderten kann von einem Mitarbeiter

der Arbeitsverwaltung nicht allein geleistet werden - ohne sozialpsychiatrische fachliche Hilfestellung.

Hier fehlt im Landkreis Tübingen bislang ein sozialpsychiatrischer Dienst, der - in Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung - die Teilprobleme löst auf dem Weg der Vermittlung des psychisch Behinderten an einen geeigneten Arbeitsplatz.

Folgende Fragen sind dabei vorab zu klären:

- Über welche Fähigkeiten verfügt der betreffende psychisch Behinderte?
- Wie groß ist seine Belastbarkeit?
- Welche Art von Tätigkeit trägt seinen Fähigkeiten und seiner Behinderung Rechnung?

Ein solches Eignungsbild zu entwerfen erfordert psychiatrische Kenntnisse, die vom Mitarbeiter des Arbeitsamtes nicht erwartet werden können. Dem psychiatrischen Fachmann wiederum mangeln die Kenntnisse über die Anforderungen am jeweiligen Arbeitsplatz, über die persönlichen Eigenheiten der verschiedenen Arbeitgeber und ihre Motivierbarkeit und über gesetzliche Fördermöglichkeiten von Arbeitsplätzen für psychisch Behinderte.

Gelingt es, in Zusammenarbeit der Dienste, einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden und den Arbeitgeber zu motivieren, einen psychisch Behinderten einzustellen, dann ist damit das Problem der Arbeitsvermittlung noch nicht abschließend gelöst: Der psychisch Behinderte oder ehemalig psychisch Kranke muß Hilfe bekommen bei der Überwindung seiner Ängste. Er benötigt Ermutigung und unterstützende Begleitung während der Anfangsphase des Arbeitsverhältnisses. Desgleichen seine Umgebung: Chef und Mitarbeiter bedürfen beratender Unterstützung im Umgang mit dem seelisch beeinträchtigten Kollegen.

Diese sozialpsychiatrische Aufgabe wird im Landkreis Tübingen bislang nur in sehr bescheidenem Maße von den Mitarbeitern der Tagesklinik und der Nachsorgeklinik für ihre Patienten wahrgenommen. Als abrechnungsfähige Leistungen sind solche Bemühungen sozialpsychiatrischer Art nicht anerkannt.

Die desolate Lage am Arbeitsmarkt zwingt in Zukunft dazu, durch vorbeugende Maßnahmen den Verlust des Arbeitsplatzes eines psychisch Erkrankten während seiner Krankheitsphase zu verhindern. Rechtzeitige fachliche Beratung und Hilfestellung könnten Arbeitgeber und Mitarbeiter in die Lage versetzen, Schwierigkeiten in Kauf zu nehmen, die ohne fachliche Intervention nicht toleriert würden.

Die Bemühung um Erhaltung des Arbeitsplatzes ist theoretisch die Aufgabe des Sozialarbeiters eines therapeutischen Teams.

Wie wir gesehen haben, werden Leistungen von Sozialarbeitern im Leistungskatalog von Krankenkasse nicht berücksichtigt - was zur Folge hat, daß Sozialarbeiter in der Therapeutenkonstellation der meisten Einrichtungen fehlen. Wie wichtig wäre etwa die Ergänzung der ambulanten Therapie des niedergelassenen Psychiaters durch Leistungen eines Sozialarbeiters mit dem Ziel der Erhaltung des Arbeitsplatzes, des Wohnraums, des Familienzusammenhalts während der Erkrankungsphase!

2.6.1 Beschützte Arbeitsplätze

Im Landkreis Tübingen gibt es kaum beschützte Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke. Einige wenige psychisch Kranke werden mit den Geistigbehinderten, Körperbehinderten und Mehrfachbehinderten in der Behindertenwerkstätte in Gomaringen beschäf-

tigt und betreut*. Die Behindertenwerkstätte wurde 1980 in Gomaringen, Robert-Bosch-Str. 25, eröffnet. Tel. 0 70 72 / 54 71, Öffnungszeiten 8 - 16 Uhr.

Träger ist der Freundeskreis der beschützenden Werk- und Heimstätte für Behinderte e.V., Tübingen. Finanziert wird die Arbeit über Pflegesätze, die gegebenenfalls vom Sozialamt übernommen werden.

Die Werkstätte bietet Behinderten

- Trainingsmöglichkeit zur Vorbereitung auf einen ungeschützten Arbeitsplatz in der Industrie
- Ausbildung
- Dauerarbeitsplätze für Behinderte, die auf dem freien Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sind und
- Betreuung und Beschäftigung von Schwerstbehinderten

Die Eingliederung von psychisch Behinderten in den Bereich vorrangig geistig Behinderter ist für alle Beteiligten unbefriedigend. Die Betreuung psychisch Behinderter stellt erheblich divergierende Anforderungen an das Personal. Dementsprechend rät der Landkreistag in seinen Empfehlungen ab, psychisch Behinderte und geistig Behinderte in einer Behindertenwerkstätte zusammenzufassen (Landkreistag 1981, S. 37).

Die Psychiatrie-Enquête (Drucksache 7/4200, S. 230) nennt für chronisch psychisch Kranke einen Sofortbedarf an Werkstattplätzen von 0,2 % und setzt für die folgenden Jahre eine Zuwachsrate an, von jährlich 0,1 %o. Demanch hätte der Landkreis Tübingen, unter Zugrundelegung der Einwohnerzahl

---

* Von den insgesamt 116 Behinderten, die in der Behindertenwerkstätte Gomaringen betreut werden, sind 94 Geistigbehinderte, 8 Körperbehinderte, 11 Mehrfachbehinderte und nur 3 psychisch Behinderte.
Stand: 17.11.1983.

von 1981, einen Sofortbedarf von 35 Werkstattplätzen für seelisch behinderte Erwachsene und müßte sich bemühen in den nächsten Jahren 17 weitere Werkstattplätze pro Jahr zu schaffen.

Diese eindrucksvollen Zahlen zeigen, daß im Bereich der beschützten Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Behinderte im Landkreis Tübingen ein großer Mangel besteht, der um so empfindlicher spürbar werden wird, je weniger Arbeitsnischen auf dem regulären Arbeitsmarkt für seelisch Behinderte ausfindig gemacht werden können. Nischen solcher Art boten in der Vergangenheit die Universitätseinrichtungen und die Stadtgärtnerei. Mit den Einsparungsmaßnahmen bei Universität und Stadt gehen auch die letzten Beschäftigungsangebote für "schwer zu vermittelnde Personen" verloren.

Je desolater die Chancen der Behinderten auf dem freien Arbeitsmarkt werden, desto dringender wird ein Eingreifen der öffentlichen Hand zugunsten derer, denen Eingliederungshilfe gesetzlich zusteht.

2.7 Dienste für spezielle Patientengruppen

2.7.1 Dienste für Suizidgefährdete

Laut Psychiatrie-Enquête (Drucksache 7/4200, S. 279) liegt die Relation von Selbstmorden zu Selbstmordversuchen etwa bei 1:8 bis 1:10.

1980 starben im Landkreis Tübingen 46 Menschen durch Selbstmord (Südwestpresse vom 28.11.1981). Demnach muß etwa mit 450 Selbstmordversuchen 1980 gerechnet werden: 450 Menschen in so schwerer Krise, daß sie keinen anderen Ausweg mehr sehen als sich selbst zu beseitigen, um nicht mehr so weiterleben zu müssen!

Auf der Intensivstation wird ihnen das biologische Weiterleben ermöglicht; wer aber hilft zur Überwindung der Krise und zur Neugestaltung des Lebens?

Für die Früherkennung der Suizidgefährdung fordert die Psychiatrie-Enquête (Drucksache 7/4200, S. 280) entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte und gezielte Unterrichtung über Erkennung von Suizidalität für alle Berufsgruppen, die mit potentiell gefährdeten Personengruppen arbeiten, z.B. Pfarrer, Lehrer, Sozialarbeiter, Bewährungshelfer, u.a.m.

Für die Nachbetreuung von Patienten nach Suizidversuchen verweist die Enquête auf Kriseninterventionszentren und Lebensmüden-Beratungsstellen und nennt die Telefonseelsorge als hilfreiche Möglichkeit, durch Angebot anonymer Aussprache am Telefon Suizidgefährdeten Hilfe zu leisten.

2.7.1.1 Telefonseelsorge Neckar-Alb

erreichbar unter Tel. 0 70 71 / 1 11 01
rund um die Uhr
Büro: Tel. 0 70 71 / 4 21 21
Postfach 25 47, Tübingen
Träger: Arbeitsgemeinschaft der evangelischen Kirchenbezirke Tübingen und Reutlingen und der katholischen Dekanate Rottenburg und Reutlingen

Die Telefonseelsorge war ursprünglich als selbständiger Verein ins Leben gerufen worden. Seit 1979 wird sie als gemeinsame Einrichtung der Kirchen von der evangelischen und katholischen Kirche finanziert. Der einzig hauptamtliche Mitarbeiter ist promovierter Dipl.-Psychologe und ordinierter Theologe. Er ist Leiter der Telefonseelsorge und als solcher Ausbilder und Supervisor der 65 ehrenamtlichen Mit-

arbeiter. Der Versorgungsbereich umfaßt die Landkreise Tübingen, Reutlingen und Zollern-Alb.

Das anonyme Hilfsangebot der Telefonseelsorge wird ergänzt vom Angebot des Arbeitskreises Leben - AKL, dessen ehrenamtliche Mitarbeiter persönliche Kontakte zu Hilfesuchenden aufnehmen.

2.7.1.2 Arbeitskreis Leben

Lichtensteinerstr. 9, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 3 37 33

1976 wurde der Arbeitskreis Leben auf Anregung eines Mitarbeiters der Telefonseelsorge gegründet zum Zweck der Nachbetreuung von Menschen, die einen Selbstmordversuch überlebt hatten.

Neben dem hauptamtlichen Mitarbeiter stehen in der Zwischenzeit 60 ehrenamtliche Laienhelfer für diese Aufgabe zur Verfügung.

Nach einer Ausbildungs- bzw. Anleitungszeit von 3 Monaten übernimmt jeder der 60 ehrenamtlichen Laienhelfer die Betreuung eines selbstmordgefährdeten Menschen oder eines Patienten, der wegen Selbstmordversuchs in die Klinik eingewiesen wurde. Dabei ist der persönliche Kontakt die wesentliche Hilfe, die geleistet werden kann. Der Laienhelfer bietet menschliche Zuwendung, Hilfe in Problemen des Alltags und Begleitung durch die Zeit der Krise. Er bekommt für die schwierige Aufgabe seinerseits Hilfestellung durch Supervision. Die durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt ein halbes Jahr.

Die Vermittlung zwischen Hilfesuchendem und ehrenamtlichem AKL-Mitarbeiter erfolgt vorwiegend über die Telefonseelsorge, der eine Bereitschaftsdienst-Liste des Arbeitskreises Leben vorliegt.

Mit den kooperierenden Einrichtungen Telefonseelsorge und Arbeitskreis Leben verfügen die Landkreise Tübingen und Reutlingen über einen wertvollen Hilfsdienst für Suizidgefährdete.

Im Widerspruch zur Bedeutung der Arbeit des "Arbeitskreises Leben" steht deren Finanzierung. Jahr für Jahr stellt sich die Überlebensfrage des Arbeitskreises von neuem mit dem Problem der Finanzierung. Sechzig ehrenamtliche Mitarbeiter können ihre Arbeit nicht leisten ohne Praxisanleitung durch eine Fachkraft, ohne Supervision und ohne Koordination. Jahr für Jahr beansprucht die Sicherung der Finanzierung unverhältnismäßig viel Kraft und Zeit.

An späterer Stelle - Teil C - wird auf die positive Auswirkung der Landkreistag-Empfehlungen auf die Finanzierungsprobleme des Arbeitskreises Leben eingegangen.

2.7.2 Dienste für Suchtgefährdete und Suchtkranke

2.7.2.1 Beratungsstellen

Für die Beratung und Behandlung von Suchtgefährdeten und Suchtkranken stehen 2 Beratungsstellen zur Verfügung, die sich in gegenseitiger Absprache auf ihr Klientel festgelegt haben.

2.7.2.1.1 Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und -gefährdete

Lembergstr. 21, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 7 80 71
angegliedert der Diakonischen Bezirksstelle
Träger: Evangelischer Kirchenbezirk Tübingen

Die Beratungsstelle der Diakonischen Bezirksstelle betreut erwachsene Alkohol- und Medikamentenabhängige und -gefährdete. Finanziert wird die Einrichtung durch den Evangelischen Kirchenbezirk, das Land und den Landkreis.
Einzugsgebiet: der gesamte Landkreis Tübingen.

Das Mitarbeiterteam besteht aus 2 Sozialpädagogen, einer Teilzeitverwaltungsangestellten und 5 ehrenamtlichen Mitarbeitern. Zwei der Ehrenamtlichen haben eine Ausbildung bekommen, drei erhalten fachliche Supervision.

Das Hilfsangebot der Beratungsstelle umfaßt Einzel- und Familienberatung, Vermittlung von Entziehungs- und Entwöhnungskuren, Nachsorge nach stationärer Behandlung in Fachkliniken und psychiatrischen Kliniken, fachliche Betreuung von Selbsthilfegruppen, Beratung in Betrieben, Beratung in der Vollzugsanstalt Rottenburg und dem Untersuchungsgefängnis Tübingen.

2.7.2.1.2 Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke

Kelternstr. 30, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 2 44 51
Träger: Drogenhilfe Tübingen e.V.

Die Beratungsstelle der Drogenhilfe hat als Klientel übernommen: den Personenkreis der Drogenabhängigen und Drogengefährdeten sowie die jugendlichen Alkoholiker.

Die Arbeit wird finanziert durch Land, Landkreis und Stadt. 3 hauptamtliche Mitarbeiter betreuen und beraten die Suchtkranken und -gefährdeten und ihre Angehörigen, vermitteln Entwöhnungskuren, betreuen Drogenabhängige in den Vollzugsanstalten, bieten Gesprächskreise an und leisten darüber hinaus Aufklärungsarbeit in Schulen, Jugendhäusern und Vereinen.

2.7.2.2 Stationäre Einrichtungen für Suchtkranke

Für stationäre Behandlung stehen im Landkreis Tübingen getrennte Einrichtungen für Alkoholkranke und Drogenabhängige zur Verfügung.

2.7.2.2.1 Station B 6 der Universitäts-Nervenklinik

Osianderstr. 22, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 29 23 33

Alkoholkranken bietet die Universitäts-Nervenklinik eine Kurzzeitbehandlung von 6 Wochen an. Die Behandlung erfolgt in einer festen Gruppe von 12 Patienten, die gemeinsam aufgenommen und gemeinsam entlassen werden. Ein wichtiger Faktor im Behandlungskonzept ist die Nachbetreuung der Gruppe über ein ganzes Jahr.

2.7.2.2.2 Psychiatrisches Landeskrankenhaus Station 4

7942 Zwiefalten
Tel. 0 73 73 / 1 02 17

Das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten führt 6-monatige Alkoholentwöhnungskuren durch - finanziert von der Landesversicherungsanstalt.

2.7.2.2.3 Behandlungszentrum der Drogenhilfe Tübingen e.V.

Bebenhäuser Str. 17, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 2 38 50

Für die Behandlung von Drogenabhängigen verfügt der Landkreis Tübingen mit der "Drogenhilfe" im Bebenhäuser Klosterhof über eine stationäre Einrichtung von überregionaler Bedeutung.

Angeregt von einem Tübinger Elternkreis drogenabhängiger Jugendlicher hatten sich vor 10 Jahren, unter dem Eindruck des steigenden Drogenkonsums, alle mit der Drogenproblematik konfrontierten Institutionen unter Regie des Landratsamts zu einem informellen Arbeitskreis zusammengefunden, zum Zweck der Planung einer Behandlungskette für Drogenabhängige. Zur Realisierung der Pläne gründeten die beteiligten Institutionen den Verein Drogenhilfe Tübingen e.V.

1974 wurde in der Froschgasse 1 in Tübingen eine therapeutische Wohngemeinschaft eröffnet. 1975 übernahm die Drogenhilfe die alte "Sophienpflege", Bebenhäuser Str. 17, am Rand von Tübingen, und renovierte die denkmalgeschützten Bauten des Bebenhäuser Klosterhofs in Eigenleistung unter Anleitung eines engagierten Architekten.

Heute werden im Bebenhäuser Klosterhof etwa 50 Drogenabhängige auf der Grundlage "therapeutischer Gemeinschaft" be-

handelt. Die Behandlung im Bebenhäuser Klosterhof dauert in der Regel 18 Monate. Das Leben in der therapeutischen Gemeinschaft läuft nach festen Spielregeln und nach einem klar strukturierten Tagesplan. In den ersten 9 Monaten durchlaufen die Klienten alle Arbeitsbereiche, die zur Aufrechterhaltung des Gemeinschaftslebens erforderlich sind: Küchendienst, Hausdienst, Wäscheversorgung, Gartenarbeit, Tierhaltung und Gebäudeinstandhaltung. Sie erwerben dabei Fertigkeiten für die Bewältigung von Alltagsproblemen und erleben ihre Arbeitsleistung als unmittelbar sinnvollen Beitrag für die Gemeinschaft.

An jedem 2. Tag findet nach Arbeitsschluß ein Gruppengespräch statt. Das Gruppengespräch nimmt im Therapiekonzept einen wichtigen Stellenwert ein: Hier werden die Probleme der Gruppe und die Probleme des einzelnen besprochen. Hier wird ausgesprochen, was der eine vom andern hält. Jeder einzelne lernt erkennen, wie er auf seine Mitmenschen wirkt und erlebt positive Verstärkung in seinem Bemühen um Veränderung des Verhaltens.

Nach etwa 9 Monaten beginnt die Klärung des Berufsproblems. Es besteht die Möglichkeit, an einer der öffentlichen Schulen einen Schulabschluß nachzuholen oder eine Lehre in den eigenen, von der Handwerkskammer anerkannten, Lehrwerkstätten zu absolvieren.

Die Tübinger Drogenhilfe hat 1976 Lehrwerkstätten für Schreiner und Schlosser in Gönningen und Dußlingen eingerichtet. Darüber hinaus bemühen sich die Mitarbeiter der Drogenhilfe, Ausbildungsplätze in anderen Berufsbereichen zu vermitteln.

Nach Abschluß des 18-monatigen Aufenthalts im stationären Behandlungszentrum siedeln je 10 Klienten gemeinsam in eines der Nachsorgehäuser um und bilden eine Außenwohngruppe.

Zum Bebenhäuser Klosterhof-Zentrum gehören 3 Nachsorgehäuser in Ofterdingen und Gönningen. Die Außenwohngruppen werden von 2 Mitarbeitern betreut. Für die Alltagsbewältigung sind die Bewohner selbst verantwortlich. Es gelten nach wie vor die Regeln der therapeutischen Gemeinschaft. Einmal pro Woche findet ein Gruppengespräch statt, an dem der Nachsorge-Mitarbeiter der Drogenhilfe teilnimmt.

Für den Lebensunterhalt müssen die Bewohner der Außenwohngruppen selbst aufkommen.

Trotz großer Schwierigkeiten bei der Überwindung von Widerständen und von finanziellen Engpässen hat die Tübinger Drogenhilfe e.V. die Anregungen des Landesdrogenplans von 1972 realisiert. Die Tübinger Drogenhilfe ist damit im Laufe der Jahre zum entscheidenden Träger der Rehabilitation Drogenabhängiger in Baden-Württemberg geworden.

Nach dem Aufbau des ersten Behandlungszentrums im Bebenhäuser Klosterhof 1975 und der dazugehörigen Lehrwerkstätten 1976, eröffnete der Verein 1977 ein Behandlungszentrum auf Schloß Bettenburg (Unterfranken) mit Lehrwerkstätten und 1979 ein Behandlungszentrum im Friedrichshof bei Heilbronn - für jeweils 60 Drogenabhängige. Der Friedrichshof ist darauf eingerichtet, Kinder von Drogenabhängigen mit aufzunehmen und die Erziehung der Kinder in das therapeutische Konzept einzubeziehen.

Insgesamt bieten die Einrichtungen der Drogenhilfe Tübingen e.V. 165 Therapieplätze und 120 Nachsorgeplätze für drogenabhängige junge Menschen aus ganz Baden-Württemberg.

2.7.2.3 Ambulante Betreuung Suchtkranker - Nachsorge nach Entwöhnungsbehandlung

2.7.2.3.1 Universitäts-Nervenklinik Station B 6

Osianderstr. 22, Tübingen

Tel. 0 70 71 / 29 23 33

Zielgruppe: erwachsene Alkoholiker, die eine 6-wöchige stationäre Entziehungsbehandlung absolviert haben.

2.7.2.3.2 Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke bei der Diakonischen Bezirksstelle

Lembergstr. 21, Tübingen

Tel. 0 70 71 / 7 80 71

Kontaktpersonen: Frau Seiler, Herr Engel

Zielgruppe: erwachsene Alkohol- und Medikamentenabhängige ab 25 Jahren.

2.7.2.3.3 Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle der Drogenhilfe e.V.

Kelternstr. 30, Tübingen

Tel. 0 70 71 / 2 44 51

Kontaktpersonen: Frau Eckert, Herr Gildein

Zielgruppe: Drogenabhängige und jugendliche Alkoholiker bis 25 Jahren.

2.7.2.3.4 Drogenhilfe Tübingen e.V.

Bebenhäuser Str. 17, Tübingen

Tel. 0 70 71 / 2 38 50

Zielgruppe: Bewohner der Außenwohngruppen nach ihrer Entlassung aus dem Behandlungszentrum im Bebenhäuser Klosterhof.

2.7.2.3.5 Kirchliche Initiative Rottenburg

Kontaktadresse: Elke Mildner
Tel. 0 74 72 / 2 17 08

Zielgruppe: Alkoholiker nach Entwöhnungsbehandlung und ihre Angehörigen.

Angebot:
- ambulante Betreuung bis zu einem halben Jahr nach der Entwöhnungsbehandlung, bei Bedarf länger
- Kriseninterventionen
- zeitlich begrenzte Wohnmöglichkeit in einer Wohnung, in der bis zu 10 Personen aufgenommen werden können

2.7.2.3.6 Freundeskreis für Alkoholabhängige und Angehörige

Erich und Hildegard Endreß
Grabenstr. 39, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 7 16 33

Zielgruppe: "nasse" Alkoholiker und ihre Angehörigen

Angebot: 14-tägig Gesprächsabende der Motivationsgruppe im Gemeindehaus "Lamm" Tübingen, 2. Stock, Sitzungszimmer mit Erich Endreß 19 - 21 Uhr, gleichzeitig Angehörigengruppe im Clubraum mit Hildegard Endreß

2.7.2.3.7 Freundeskreis für Alkoholabhängige

Mössingen

Kontaktadresse: Konrad Bauer
Buchenweg 6, 7406 Mössingen
Tel. 0 74 73 / 34 57

2.7.2.3.8 "Blaues Kreuz"

offene Gruppenarbeit im Gemeindehaus Lustnau, Neuhaldenstraße
Kontaktadressen: Werner Hoß
Schäferäcker 4, 7401 Kilchberg
Tel. 0 70 71 / 7 24 08

Renate Hackenberg
Weidenweg 18, Tübingen
Tel. 0 70 71 / 6 56 46

Zielgruppe: Menschen mit Alkoholproblemen und ihre Angehörigen.

2.7.2.4 Selbsthilfegruppen

Initiativen der Selbsthilfe ehemaliger Alkoholiker sind die Gruppen "Anonyme Alkoholiker". Im folgenden werden Ort und Zeit der Treffen und die Telefonnummern der Kontaktpersonen aufgeführt.

2.7.2.4.1 Anonyme Alkoholiker Tübingen

Eberhardsgemeinde, Eugenstr. 26
Dienstag, 20 Uhr (mit Angehörigengruppe)

Drogenberatungsstelle, Kelternstr. 30
Samstag. 15 Uhr, Sonntag, 18.30 Uhr

2.7.2.4.2 Anonyme Alkoholiker Mössingen

Evangelisches Gemeindehaus, Goethestr. 4
Freitag, 19.30 Uhr (mit Angehörigengruppe)

Kontaktadresse: Karl-Heinz 0 74 73 / 83 55

2.7.2.4.3 Anonyme Alkoholiker Rottenburg-Ergenzingen

Katholisches Gemeindezentrum, Leseraum
Dienstag, 20 Uhr

Kontaktadresse: Karl-Heinz 0 74 57 / 37 14

2.7.2.4.4 Anonyme Alkoholiker Rottenburg

Evangelisches Gemeindehaus, Hagenwörthstr. 1
Donnerstag, 19.30 Uhr

Kontaktadresse: Elke 0 74 72 / 2 17 08

2.7.2.4.5 Selbsthilfeinitiative von Eltern drogengefährdeter und drogenabhängiger Kinder und Jugendlicher

Kontakt-Telefon: 0 70 71 / 6 41 02 (9 - 11 Uhr)
0 70 71 / 2 46 32 (18 - 20 Uhr)

Nachdem in diesem Kapitel alle Einrichtungen im Landkreis Tübingen dargestellt wurden, die an der Betreuung und Versorgung von psychisch Kranken, Suizidgefährdeten und Suchtkranken beteiligt sind, wird im nächsten Kapitel gezeigt, welche Diskussionen und Entwicklungen durch die Empfehlungen des Landkreistags zur außerklinischen Versorgung von psychisch Kranken im Landkreis Tübingen in Gang gesetzt bzw. vorangetrieben wurden.

Der Beobachtungszeitraum umfaßt die Jahre 1981, 1982 und 1983.

TEIL C DIE ENTWICKLUNG DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IM LANDKREIS TÜBINGEN IM GEFOLGE DER EMPFEHLUNGEN DES LANDKREISTAGS ZUR AUSSERKLINISCHEN VERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER VOM JUNI 1981

Im Teil C dieser Arbeit wird dargestellt, welche Diskussionen im Landkreis Tübingen ausgelöst wurden durch die Empfehlungen des Landkreistags Baden-Württemberg "zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung" (Landkreistag Baden-Württemberg 1981).

In einem weiteren Schritt wird aufgezeigt, welche Ansätze zur Realisierung der Landkreistag-Empfehlungen in den Bemühungen verschiedener Dienste, kommunaler Gremien und Arbeitsgemeinschaften zu erkennen sind und welche Schwierigkeiten und Hindernisse sich den Bemühungen um Ausbau eines - am Bedarf des Patienten orientierten - Versorgungsangebots entgegenstellen.

1 Die Landkreistag-Empfehlungen und ihre Diskussion im Psychosozialen Arbeitskreis

1.1 Die Empfehlungen des Landkreistags zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung

Im Juni 1981 wurden vom baden-württembergischen Landkreistag an alle Landkreise Empfehlungen gegeben zur Verbesserung des außerklinischen psychiatrischen Versorgungsangebots. Die Empfehlungen basieren auf den sozialpsychiatrischen Erkenntnissen, daß es nicht genügt, psychisch Kranke mit den Mitteln der Medizin und der Psychotherapie zu behandeln; der psychisch dekompensierte Mensch benötigt zu seiner Stabilisierung Lebensbedingungen, die ihn stützen und aktivieren. Er benötigt Hilfestellung in seinem sozialen Umfeld.

Die Empfehlungen des Landkreistags (1981, S. 18) sprechen das Problem an, daß die medizinisch-psychiatrischen Fachdisziplinen zwar die Bedeutung der sozialen Faktoren für den Verlauf der psychischen Erkrankung erkannt haben, daß jedoch eine Einflußnahme auf die sozialen Faktoren mangels geeigneter Dienste bislang nicht möglich war.

Dieses Defizit abzubauen, ist Anliegen der Landkreistag-Empfehlungen.

Ein "außerklinisches Hilfenetz" neben dem "klinischen Hilfekern" soll einerseits die ärztliche Versorgung ergänzen, andererseits im Vorfeld und in der Nachsorge eigenständig "sozialintegrative Hilfen" bieten (a.a.O., S. 18).

Folgende Einrichtungen und Maßnahmen werden für dringend notwendig erachtet und den Landkreisen zur sofortigen Verwirklichung empfohlen:

1.1.1 Der sozialpsychiatrische Dienst

Durch "intensive mitmenschliche Hilfe" soll dem psychisch Kranken ermöglicht werden, außerhalb der Klinik "das Leben zu meistern".

Aufgabenkatalog eines sozialpsychiatrischen Dienstes:

1.1.1.1 Direktbetreuung von Klienten

- Begleitung bei der Rückkehr aus klinischer Behandlung
- Stützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen
- Anleitung von Angehörigen und Nachbarn
- frühzeitige Hilfe bei beginnender psychischer Dekompensation und in Krisensituationen

1.1.1.2 Mobilisierung von Laienhelfern,

die jeweils einem Klienten verläßliche Zuwendung auf Dauer bieten können unter Anleitung und Supervision durch die Fachkräfte des sozialpsychiatrischen Dienstes.

1.1.1.3 Initiieren und Betreuen von Patientenclubs,

in denen psychisch Kranke mit anderen problembehafteten Menschen zusammensein und ihre soziale Isolation überwinden können.

Als geeignete Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden Sozialarbeiter und Krankenschwestern mit psychiatrischer Zusatzausbildung gesehen. Der sozialpsychiatrische Dienst wird vom Landkreistag als "wichtigster Knotenpunkt im Hilfenetz" bezeichnet (a.a.O., S. 24):

> Dieses Hilfeelement ist zwar kostenträchtig, aber nach Auffassung der Arbeitsgruppe unverzichtbar und wichtiger als die eine oder andere ... stationäre oder teilstationäre Einrichtung. (a.a.O., S. 7)

Er sollte nicht Teil des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Landkreises sein, sondern als Spezialdienst eingerichtet werden. Als Träger kommen in Frage: das Land, der Landkreis oder freie Träger. Möglich erscheint auch eine gemeinschaftliche Trägerschaft oder Kooperation verschiedener Träger mit vereinbarten Bezirken.

Der Personalbedarf kann nur geschätzt werden. Der Landkreistag hält einen Schlüssel von 40 Klienten auf 1 Sozialarbeiter für möglich. Bei Betreuung einer beschützenden Wohngruppe durch den Sozialarbeiter ist die Klientenzahl auf 20 bis 25 Klienten zu reduzieren.

Das entspricht einer Bezirksgröße pro Sozialarbeiter von etwa 50.000 Einwohner (bzw. bei Betreuung einer Wohngruppe: von etwa 25.000 Einwohner).

1.1.2 Beschützende Wohngruppen

Für Patienten, die nach Entlassung aus stationärer oder teilstationärer Behandlung noch nicht ohne Unterstützung leben können, sollen beschützende Wohngruppen als Übergangseinrichtungen geschaffen werden. Hier sollen die Bewohner unter Hilfestellung einüben, ihren Lebensbereich selbständig zu gestalten. Die Wohngruppen sollen durch psychiatrisch geschulte Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen betreut werden. Für etwa 10 - 12 Patienten wird eine Fachkraft für erforderlich gehalten.

1.1.3 Beschützende Arbeitsplätze

Zur Eingliederung von psychisch Kranken in das Arbeitsleben wird die Einrichtung von b e s c h ü t z e n d e n W e r k s t ä t t e n empfohlen, wo der Patient lernt, Anforderungen des Arbeitslebens zu bewältigen: Pünktlichkeit, Ausdauer, die Fähigkeit, Enttäuschungen zu verkraften und das Vermögen, sich mit Kollegen und Vorgesetzten zu verständigen. Daneben soll die beschützende Werkstätte auch Dauerarbeitsplätze bieten für solche Kranke, deren krankheitsbedingte Ausfälle und Behinderungen eine Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt unmöglich machen.

Die Landkreistag-Empfehlungen weisen auf die Problematik der Diskrepanz hin zwischen den Voraussetzungen für finanzielle Förderung von Werkstättenplätzen und dem Bedarf solcher Plätze speziell für psychisch Kranke:

Die finanzielle Förderung von Behindertenwerkstätten durch Land, BfA und Hauptfürsorgestellen ist gebunden an die Erfüllung der Bestimmungen der Werkstättenverordnung, im Rahmen des § 55 des Schwerbehindertengesetzes. Diese schreibt eine Mindestgröße der Werkstätte vor von 120 Arbeitsplätzen. Laut Landkreistag-Empfehlung soll einerseits die Unterbringung von psychisch Kranken in Werkstätten für geistig und körperlich Behinderte vermieden werden; andererseits liegt der Bedarf an Werkstattplätzen für psychisch Kranke pro Standardversorgungsgebiet mit 250.000 Einwohnern bei nur 50 Arbeitsplätzen. Dies unterschreitet auch die zulässige Größe für eine kooperierende Werkstatt mit mindestens 60 Plätzen.

Bleibt demnach nur die Möglichkeit der Bildung einer Abteilung für psychisch Kranke mit 20 Arbeitsplätzen als Teil einer Gesamtwerkstätte für Behinderte. Diese Abteilung sollte jedoch räumlich von der übrigen Werkstätte abgesetzt sein, um dem spezifischen Bedarf an Betreuung für psychisch Kranke gerecht werden zu können..

Als Nachteil einer solch relativ kleinen Abteilung sieht die Landkreistag-Empfehlung die Einschränkung des Arbeits- und Beschäftigungsangebots. Wünschenswert ist aber eine breite Palette an Arbeitsmöglichkeiten, die die Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten und Ausfälle erlaubt.

Personalbedarf für beschützende Werkstätten für psychisch Kranke:
Der Betreuungsschlüssel 1:12 nach § 9 der Werkstattverordnung wird für psychisch Kranke als unzureichend angesehen. Vorgeschlagen wird der Betreuungsschlüssel 1:8. Zudem sollten die Fachkräfte der Arbeits- und Berufsförderung für psychisch Kranke über eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung verfügen. Je nach Größe der Werkstätte wird zusätzlich eine psychiatrische Fachpflegekraft und ein Sozialarbeiter mit sozial-psychiatrischer Zusatzausbildung für erforderlich gehalten.

Finanzierung:
Behindertenwerkstätten, die den Bestimmungen der Werkstättenverordnung in Verbindung mit dem Schwerbehindertengesetz entsprechen, bekommen Investitionszuschüsse von der Bundesanstalt für Arbeit (BfA), dem Land und der Hauptfürsorgestelle.

Für die laufenden Betriebskosten im Arbeitstrainingsbereich kommen die Rentenversicherungsträger bzw. die Bundesanstalt für Arbeit auf. Die laufenden Kosten im Arbeitsbereich können als Maßnahme der Eingliederungshilfe für Behinderte nach §§ 39 ff. BSHG übernommen werden, wenn Hilfebedürftigkeit nach § 81 BSHG nachgewiesen wird.

Die Landkreistag-Empfehlungen schlagen vor (a.a.O., S. 40), bei der Feststellung der Hilfebedürftigkeit großzügig zu verfahren, z.B. "Vermögen im Zweifel freizulassen, um die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, nicht zu mindern."

Begründet wird dies mit dem Interesse des Sozialhilfeträgers am Zustandekommen eines Arbeitsverhältnisses, das den zukünftigen Rentenanspruch verbessert und damit spätere Hilfe zum Lebensunterhalt mindert oder vermeidet.

Zusammenfassung:

Die Landkreistag-Empfehlungen nennen als wichtigste außerklinische Hilfeelemente für psychisch Kranke:

- die Betreuung der psychisch Kranken durch Fachkräfte des sozialpsychiatrischen Dienstes, durch Laienhelfer und Patientenclubs
- Schaffung von Wohnmöglichkeiten in beschützenden Wohngruppen
- Beschaffung von beschützer Arbeitsmöglichkeit, erforderlichenfalls in Werkstätten für psychisch Kranke

Diese Hilfeelemente werden von der Arbeitsgruppe des Landkreistags (a.a.O., S. 7) als "die wichtigsten, sofort und überall realisierbaren" Elemente bezeichnet, "die überall ohne weitere modellhafte Erprobung eingerichtet werden können" (a.a.O., S. 9). Dabei wird hervorgehoben, daß der sozialpsychiatrische Dienst im Landkreis als Spezialdienst, obwohl mit Kosten verbunden, unverzichtbar ist.

Nach einem kurzen Hinweis auf weitere wichtige Hilfeelemente, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in allen Landkreisen realisiert werden können, empfiehlt die Arbeitsgruppe des Landkreistags abschließend die Einrichtung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften auf Landkreisebene zur "Sicherung der notwendigen Zusammenarbeit aller mit der Hilfe für psychisch Kranke im Kreisgebiet Befaßten".

> Träger der Hilfe für psychisch Kranke im weitesten Sinne, auch Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen und Einzelpersonen, bedürfen des fachlichen Erfahrungsaustauschs über ihre tägliche Arbeit, der Koordination ihrer Aktivitäten, der Anregung für neue Hilfen und der gemeinsamen Planung notwendiger Einrichtungen.
>
> (a.a.O., S. 45)

Der Landkreis soll erforderlichenfalls die Initiative zur Bildung einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ergreifen und auf Wunsch bereit sein, die Geschäftsführung zu übernehmen. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft ist als Fachgremium zu verstehen, das Entscheidungsträger in Fragen der Versorgung psychisch Kranker berät. Alle Hilfeinstitutionen, die Kostenträger, das Gesundheitsamt und die Ärzte sollten in diesem Fachgremium vertreten sein.

1.2 Stellungnahme des Psychosozialen Arbeitskreises der Stadt Tübingen zu den Landkreistag-Empfehlungen

Nach Erscheinen der "Empfehlungen des Landkreistags zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung" im Juni 1981 befaßte sich der Psychosoziale Arbeitskreis Tübingen (PSAK) ab 2. Juli 1981 mit den vorgelegten Empfehlungen.

Es wurde eine Arbeitsgruppe gebildet zur eingehenden Beratung der Vorschläge des Landkreistags. Der Arbeitsgruppe gehörten Vertreter folgender Einrichtungen und Behörden an:

- Kreissozialamt
- Städtisches Sozialamt
- Diakonische Bezirksstelle
- Caritas
- Universitäts-Nervenklinik
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Nachsorgeklinik
- Beratungsstelle für Ältere
- Tübinger Hilfsgemeinschaft e.V., Patientenclub "die Klinke"
- Verein für psychoanalytische Sozialarbeit e.V.
- Staatliches Gesundheitsamt

Die Arbeitsgruppe veranlaßte die einschlägigen Einrichtungen im Landkreis Tübingen, sich mit dem Empfehlungen des Landkreistags zu befassen und schriftliche Stellungnahmen abzugeben und führte Gespräche mit Vertretern der Sozialstationen Mössingen und Rottenburg.

Am 27.4.1982 und 13.5.1982 wurden die vorgelegten Ergebnisse der Arbeitsgruppe im Plenum des Psychosozialen Arbeitskreises besprochen.

Einigkeit bestand in der Einschätzung der vorrangigen Bedeutung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Zur Diskussion stand lediglich die Anbindung dieses Dienstes, die Personalausstattung und die Kostenträgerschaft.

Vorschlag I:

Anbindung des Sozialpsychiatrischen Dienstes an die Sozialstationen:

Vorteile dieser Regelung:

- Gemeindenähe optimal gewährleistet
- flächendeckende Organisation vorhanden
- Mischfinanzierung möglich

Die Regelung des Vorschlags I ist zur Zeit nicht realisierbar:

- Die Schwestern der Sozialstationen sehen sich von der Ausweitung des Aufgabenkatalogs der Sozialstationen überfordert,

- die Träger der Sozialstationen sind nicht bereit, den zu erwartenden Mangelbetrag von 35.000 bis 40.000,-- zu finanzieren, solange weder das Land noch die Träger der Krankenversicherung Pauschalzuschüsse zur Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes zur Verfügung stellen.

Vorschlag II:

Einbindung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die klinischen Einrichtungen:

Vorteile dieser Regelung:

Klinische Behandlung und Nachbetreuung nach der Entlassung werden von ein und demselben Team durchgeführt. Es wird dadurch vermieden, daß bei der Entlassung durch die abrupte Trennung des Patienten von seiner therapeutischen Bezugsperson alte Verlassenheitsängste reaktiviert werden.

Der Patient könnte bei dieser Regelung früher nachhause entlassen werden. Der Zeitaufwand der Nachbetreuung wäre wesentlich geringer, da keine neue therapeutische Beziehung aufgebaut werden müßte und die Stabilisierungsphase nicht durch Personalwechsel gestört würde.

Die Regelung II ist zum jetzigen Zeitpunkt ebenfalls nicht realisierbar:

der Personalschlüssel in den klinischen Einrichtungen und die Abrechnungsmodalitäten erlauben nicht, dem entlassenen Patienten bei der Bewältigung seiner Probleme vor Ort sozialpsychiatrische Hilfestellung zu leisten.

Vorschlag III:

Vorhandene Einrichtungen unterschiedlicher Träger stellen bei sich eine Fachkraft mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung ein. Mehrere Fachkräfte dieser Art bilden den Sozialpsychiatrischen Dienst. Diesen Mitarbeitern verschiedener Träger müßte ermöglicht werden, ein Team zu bilden und regelmäßig Supervision zu bekommen. Nur so könnte die Regelung III die Vorstellungen des Psychosozialen Arbeitskreises Tübingen von einem Sozialpsychiatrischen Dienst erfüllen.

Zusätzlich sollte, nach Meinung des Psychosozialen Arbeitskreises, gewährleistet sein, daß diese Fachkräfte über ausreichende Praxiserfahrung verfügen, insbesondere über Erfahrungen im Umgang mit schwergestörten Patienten.

In seiner abschließenden Stellungnahme (Anlage zur Kreistagsvorlage 245/82) schlägt der Psychosoziale Arbeitskreis folgende Institutionen vor, die durch Einstellung je einer Fachkraft zu einem flächendeckenden Sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Tübingen beitragen sollten:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität
- Nachsorgeklinik
- Arbeitskreis Leben/Tübinger Hilfsgemeinschaft e.V.
- Sozialstation Mössingen
- Sozialstation Rottenburg/Verein für psychoanalytische Sozialarbeit Rottenburg
- eine Sozialstation in Tübingen

> Da nicht zu erwarten ist, daß die Finanzierungsprobleme in Kürze gelöst werden, andererseits jedoch, wie auch vom Landkreistag nachdrücklich empfohlen, die Einrichtung des Sozialpsychiatrischen Dienstes besonders dringlich ist, muß modellhaft und als erster Schritt mindestens bei einer Institution ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes angestellt werden, dessen Kosten für die Dauer einer Anlaufsphase von 2 Jahren, soweit sie nicht anders zu decken sind, in Form einer Abmangelfinanzierung vom Landkreis zu übernehmen sind. (a.a.O., S. 6)

Zur Frage der beschützten Wohngruppen und Werkstätten für psychisch Kranke äußert sich der Psychosoziale Arbeitskreis wie folgt (a.a.O., S. 8):

1. Beschützende Wohngruppen sind trotz erheblichen Bedarfs bisher im Landkreis Tübingen nicht vorhanden, sollten jedoch ... als ein weiterer unabdingbarer Bestandteil des Hilfeangebots schnellstmöglichst eingerichtet werden. Ansätze dazu sind ... vorhanden, scheiterten jedoch bisher an den fehlenden Räumen. Der Psychosoziale Arbeitskreis fordert die Städte und Gemeinden auf, dieses Anliegen durch Vermietung von geeigneten Häusern zu fördern.

2. Im Landkreis Tübingen besteht bislang keine Werkstatt für psychisch Kranke. Der Landkreis sollte jedoch untersuchen, ob eine solche als Abteilung bei der Werkstätte für Behinderte in Gomaringen eingerichtet werden kann ...

> unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse psychisch Kranker.
>
> Selbsthilfeprojekte sollten vom Landkreis gefördert werden. (a.a.O., S. 8)

Abschließend befürwortet der Psychosoziale Arbeitskreis in seiner Stellungnahme die Bildung einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft

> der, im Interesse einer möglichst effektiven Arbeit, nur unmittelbar mit psychisch Kranken befaßte Personen angehören sollten.*
> (a.a.O., S. 9)

---

* Im Psychosozialen Arbeitskreis sind Einrichtungen und Dienste informell zusammengefaßt, die mit sozialen Problemen im weitesten Sinne konfrontiert sind.

2 Ansätze zur Realisierung der Landkreistag-Empfehlungen im Kreis Tübingen

2.1 Diskussionen und Entscheidungen im Kreistag

Am 6.10.1982 befaßt sich der Sozialausschuß des Kreistags mit den Empfehlungen des Landkreistags und mit der gemeinsamen Stellungnahme der im Psychosozialen Arbeitskreis zusammenarbeitenden Organisationen und Dienste. Durch Bewußtseinsarbeit gelingt es, im Vorfeld der Sozialausschußsitzung, unter Einbeziehung der beiden Dekane der Kirchen, des Leiters der Nervenklinik und der Leiter der Beratungsstellen, den Kreisräten die Brisanz der Thematik deutlich zu machen.

Die Diskussion im Sozialausschuß verläuft dementsprechend in kooperativer Atmosphäre. Einig sind sich alle Mitglieder des Sozialausschusses, daß die gespannte Haushaltslage wenig Handlungsspielraum im Haushaltsplan 1983 bietet, daß aber verhindert werden muß, vorhandene Einrichtungen zur ambulanten Betreuung von psychisch Kranken durch Einsparungsmaßnahmen oder Auslaufen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen zu verlieren. Entsprechend dem Vorschlag des Psychosozialen Arbeitskreises wird als erster Schritt anvisiert, die Stelle des einzigen hauptamtlichen Mitarbeiters des "Arbeitskreis Leben" abzusichern, die durch Auslaufen der Arbeitsbeschaffungsmaßnahme gefährdet ist. Der Verlust der Stelle des Organisators und Supervisors brächte die aufgebaute Arbeit von 60 ehrenamtlichen Laienhelfern in Gefahr.

Der Kreistag zieht am 8.12.1982 die Konsequenz aus der einstimmigen Willenserklärung des Sozialausschusses und erhöht für 1983 den Zuschuß für den Arbeitskreis Leben von 4.000,-- auf 20.000,-- DM, zur Absicherung der dem Landkreis Tübingen zur Verfügung stehenden halben Stelle des hauptamtlichen AKL-Mitarbeiters*.

---

* Der Arbeitskreis Leben ist zur Hälfte im Landkreis Reutlingen tätig.

Ein weiteres Anliegen des Sozialausschusses ist die Einrichtung eines, für Fragen der Betreuung psychisch Kranker, kompetenten beratenden Fachgremiums, einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Sinne der Empfehlungen des Landkreistags. Der Psychosoziale Arbeitskreis Tübingen (PSAK) hatte sich, als lockerer Verbund der mit sozialen Aufgaben befaßten Einrichtungen und Dienste, zwar in den zurückliegenden Jahren auch mit den Fragen der Versorgung psychisch Kranker befaßt. Es entsteht jedoch nunmehr das Bedürfnis nach organisatorischer und thematischer Konzentration. Nach einstimmigem Beschluß des Sozialausschusses wird am 21.2.1983 eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Landkreises Tübingen (PSAG) gegründet (siehe C 2.2).

Für das Haushaltsjahr 1984 beschließt der Kreistag am 7.12.1983, auf Empfehlung des Sozialausschusses:

- mit zusätzlich 17.000,-- DM die Existenz der Psychologischen Beratungsstelle für Ältere abzusichern und
- mit zusätzlich 20.000,-- DM zur Finanzierung einer weiteren halben Stelle beim Arbeitskreis Leben beizutragen, für erste Teilaufgaben eines sozialpsychiatrischen Dienstes.

2.2 Gründung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft - Darstellung ihrer Aktivitäten im ersten Halbjahr

Die, am 21.2.1983 gegründete, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Landkreises Tübingen gibt sich am 4.5.1983 folgende Geschäftsordnung:

§ 1 Allgemeines

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft - PSAG - versteht sich als Arbeitsgruppe der Träger und Einrichtungen von Hilfen für psychisch Kranke im Landkreis.

Sie sieht ihre Aufgabe darin:

- Erfahrungen auszutauschen
- sich gegenseitig zu informieren und zu unterstützen
- Aktivitäten zu koordinieren
- neue Hilfen anzuregen
- sich an der Planung von Einrichtungen zu beteiligen
- Stellungnahmen zu Angelegenheiten der klinischen und außerklinischen psychiatrischen Versorgung im Landkreis abzugeben und
- Gesprächspartner der Behörden in Fragen der Hilfe für psychisch Kranke zu sein

§ 2 Mitglieder

1. Zahl der Mitglieder und Vertreter

Um eine effektive und kontinuierliche Arbeit zu gewährleisten, soll die Zahl der Mitglieder beschränkt werden. Jeder Träger und jede Einrichtung im Sinne von § 1 entsendet einen Vertreter.

2. Mitglieder

Mitglieder sind:

- niedergelassene Nervenärzte
- Universitätsnervenklinik
  Erwachsenenpsychiatrie und Jugendpsychiatrie
- Psychiatrisches Landeskrankenhaus Zwiefalten
- Nachsorgeklinik der Fördergemeinschaft für psychisch Kranke Tübingen e.V.
- Tübinger Hilfsgemeinschaft e.V./die "Klinke"
- Patientenclub Rottenburg/N.,
  Kontaktgruppe

- Patientenclub Mössingen,
  Gesprächskreis
- Tübinger Verein für soziale Psychiatrie e.V.
- Diakonische Bezirksstelle
  Allgemeine Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- Caritaskreisstelle
- Arbeiterwohlfahrt
- Psychologische Beratungsstelle für Eltern-, Jugend-, Ehe- und Lebensfragen, Brückenstraße
- Beratungsstelle für Ältere e.V.
- Arbeitskreis Leben e.V.
- Telefonseelsorge Neckar-Alb
- Verein für psychoanalytische Sozialarbeit e.V.
  Rottenburg
- Allgemeine Ortskrankenkasse
- Staatliches Gesundheitsamt
- Kreissozialamt
- Städtisches Sozialamt Tübingen
- Städtische Sozialstation Tübingen
- Evangelische Diakoniestation Tübingen
- Sozialstation der Katholischen Gesamtkirchengemeinde Tübingen
- Sozialstation Rottenburg/N.
- Diakoniestation Mössingen
- Diakoniestation Ammerbuch
- Diakoniestation Härten
- Sozialstation der Verwaltungsgemeinschaft Dusslingen, Gomaringen, Nehren

3. Aufnahme weiterer Mitglieder

Über die Aufnahme weiterer Mitglieder entscheidet die Mehrheit der berufenen Mitglieder.

§ 3 Vorstand

Der Vorstand besteht aus 6 gewählten Mitgliedern und dem Geschäftsführer.
Im Vorstand sollen folgende Bereiche vertreten sein:

- niedergelassene Nervenärzte
- Ämter
- Beratungsstellen
- Klinikbereich
- Laienhelfer und Clubs
- Sozialstationen

Der Vorstand wird von der Mehrheit der anwesenden Mitglieder auf die Dauer von 2 Jahren gewählt. Er ist verantwortlich für die thematische Vorbereitung und die Leitung der Sitzungen der PSAG.
Der Vorstand wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter, der die PSAG nach außen vertritt.

§ 4 Geschäftsführung

Die Geschäftsführung wird vom Kreissozialamt, vertreten durch den Leiter oder seinem Stellvertreter im Amt, wahrgenommen. Dem Geschäftsführer obliegt die Einberufung der Sitzungen im Einvernehmen mit dem Vorstand.

§ 5 Sitzungen

1. Einberufung

Zur Sitzung ist jährlich mindestens zwei Mal einzuberufen.
Eine Sitzung wird ferner angesetzt, wenn der Vorstand sie für erforderlich hält oder mindestens ein Drittel der berufenen Mitglieder dies beantragt.

2. Tagesordnung

Für jede Sitzung ist eine schriftliche Tagesordnung aufzustellen, die der Einladung beizufügen ist.

3. Einladung

Zu den Sitzungen ist mindestens 14 Tage vorher einzuladen.

§ 6 Geschäftsgang der Sitzungen

1. Beschlußfähigkeit

Die PSAG ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Miglieder anwesend ist.

2. Beschlußfassung

Beschlüsse werden mit den Stimmen der Mehrheit der anwesenden Mitglieder gefaßt.
Grundsätzlich soll der Diskussion ausreichend Raum gegeben werden, daß möglichst Einvernehmlichkeit erzielt werden kann.

3. Niederschrift

In der Niederschrift sollen die wesentlichen Ergebnisse der Beratungen festgehalten werden.
Beschlüsse sind mit dem vollen Wortlaut in die Niederschrift aufzunehmen.
Der Schriftführer wird zu Beginn jeder Sitzung aus den Reihen des Vorstandes bestimmt.
Jedes Mitglied erhält eine Fertigung der Niederschrift. Sie wird von der Geschäftsführung vervielfältigt und in der Regel mit der Einladung zur nächsten Sitzung versandt.

§ 7 Arbeitsgruppen

Zur vertieften Behandlung von Themen und zu deren Vorbereitung für die Sitzungen der PSAG können Arbeitsgruppen gebildet werden.
Die Arbeitsgruppen sind offen für alle am jeweiligen Thema Interessierten.

Die Arbeitsgruppen legen die Ergebnisse ihrer Arbeit der PSAG in der Regel in Form eines schriftlichen Berichts vor. Dieser wird in der Regel mit der Einladung zur entsprechenden Sitzung versandt oder als Tischvorlage aufgelegt.

In den Vorstand werden am 4. Mai 1983 gewählt:

Dr. Meyer-König	niedergelassene Nervenärztin
ORMR Crämer	Staatliches Gesundheitsamt
Dr. Rein	Oberarzt der Nervenklinik
H. Dehlinger	Psychologische Beratungsstelle der Kirchen
S. Flitner	Tübinger Hilfsgemeinschaft e.V./ "Klinke"
Schwester R. Walter	Sozialstation Ammerbuch

Oberarzt Rein übernimmt den Vorsitz, Frau Flitner wird stellvertretende Vorsitzende.
Die Geschäftsführung obliegt dem Leiter des Kreissozialamts.

2.2.1 Aktivitäten der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im ersten Halbjahr ihres Bestehens

Die Mitglieder der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft äußern das Bedürfnis, einen Überblick über die Aktivitäten der verschiedenen Einrichtungen zu bekommen. Es wird beschlossen, eine Fragebogenaktion durchzuführen. Die Vorbereitung der Fragebogen übernehmen Crämer (Staatliches Gesundheitsamt), Becker (Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit) und Stauss (Telefonseelsorge).

Nach Abschluß der Umfrage-Aktion stellt sich das Problem der Operationalisierbarkeit der Umfrage-Ergebnisse. Der Vorstand der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ist sich einig, daß ein Verteilen von Vervielfältigungen der ausgefüllten Fragebogen an die Mitglieder kein effektiver Beitrag zur Erleichterung der Arbeit vor Ort ist. Von meiner Seite wird das Angebot gemacht, die Vorarbeiten zur vorliegenden Arbeit und die Ergebnisse der PSAG-Umfrage in einer Tabelle zusammenzufassen und sie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung zu stellen in Form einer tabellarischen Übersicht über "Einrichtungen im Landkreis Tübingen zur Betreuung und Behandlung von psychisch kranken Menschen und Menschen in Problem- und Krisensituationen".

Am 19.7.1983 wird die Tabelle vom Plenum der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft geprüft und am 27.9.1983 ihre Veröffentlichung in Plakatform beschlossen.

Es ist beabsichtigt, die tabellarische Übersicht allen zukommen zu lassen, die in ihrer Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen konfrontiert werden, u.a. allen Pfarrämtern, allen Sozialstationen, der Polizei, allen niedergelassenen Ärzten und den Krankenkassen. Es wird beschlossen, die Verbreitung der Plakate mit Öffentlichkeitsarbeit zu verbinden.

Vorgesehen sind Informationsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem Kreisärzteverband für die niedergelassenen Ärzte und in Zusammenarbeit mit den Dekanen beider Kirchen und dem Bischöflichem Ordinariat für die Gemeindepfarrer.

EINRICHTUNGEN IM LANDKREIS TÜBINGEN
ZUR BETREUUNG UND BEHANDLUNG VON PSYCHISCH KRANKEN MENSCHEN
UND MENSCHEN IN PROBLEM- UND KRISENSITUATIONEN

Prävention

Beratung in schwierigen Lebenssituationen, bei Konflikten und zwischenmenschlichen Störungen

Psycholog. Beratungsstelle der Kirchen
Brückenstr. 6, Tübingen
Tel. 07071 - 2 60 73

Psycholog. Beratungsstelle des Landkreises
Köllestr. 31, Tübingen
Tel. 07071 - 53 15

Diakonische Bezirksstelle
Lembergstr. 21, Tübingen
Tel. 07071 - 7 80 71

Caritas-Kreisstelle
Albrechtstr. 4,
Tel. 07071 - 7 30 08

Psychotherapeutischer Arbeitskreis e.V.
Herrenberger Str. 23, Tübingen
Tel. 07071 - 4 28 19

Spezielles Beratungsangebot

1.) **Familienprobleme Erziehungsschwierigkeiten**
Psycholog. Beratungsstelle der Kirchen
Brückenstr. 6, Tübingen
Tel. 07071 - 2 60 73

Psycholog. Beratungsstelle des Landkreises
Köllestr. 31, Tübingen
Tel. 07071 - 53 15

2.) **Schulprobleme Verhaltensauffälligkeiten im Schulbereich**
Schulpsychologische Beratungsstelle
Nauklerstr. 23, Tübingen
Tel. 07071 - 21 24 16

3.) **Lebensprobleme Studierender**
Psychotherapeut. Beratungsstelle für Studierende
Gartenstr. 20, Tübingen
Tel. 07071 - 29 38 47

4.) **Lebensprobleme älterer Menschen**
Psychosoziale Beratungsstelle für ältere Menschen
Kirchgasse 1, Tübingen
Tel. 07071 - 2 24 98

5.) **Sexualberatung und Schwangerschaftsberatung nach § 218**
Pro Familia e.V.
Waldhäuserstr. 33,
Tübingen
Tel. 07071 - 6 62 07

Beratungsstelle für werdende Mütter
Caritas Tübingen, Albrechtstr. 4
Tel. 07071 - 7 30 08

6.) **Selbsthilfe und Beratung Alleinerziehender**
Verband alleinstehender Väter und Mütter
Marktgasse 14, Tübingen
Tel. 07071 - 2 35 17

7.) **Beratung von Suchtgefährdeten**
Psychosoziale Beratungs- u. ambulante Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke
Kelternstr. 30, Tübingen, Tel. 07071 - 2 44 51

Psychosoziale Beratungs- u. ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und -gefährdete (Alkohol, Medikamente)
Lembergstr. 21, Tübingen, Tel. 07071 - 7 80 71

Kontakt- und Anlaufstellen

bei akuten psych. Störungen und Krisen

Telefonseelsorge
Tübingen,
Tel. 07071 - 1 11 01

niedergelassene Ärzte
(s. Verzeichnis der AOK oder Branchen-Fernsprechbuch)

niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten
(s. Verzeichnis der AOK oder Branchen-Fernsprechbuch)

Ambulanz der Universitäts Nervenklinik, Osianderstr. 22
Tübingen,
Tel. 07071 - 29 26 84

Geriatrische Ambulanz der Nervenklinik
Brunnenstr. 8, Tübingen,
Tel. 07071 - 29 23 02, 29 23 00

Ambulanz der Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Osianderstr. 14, Tübingen
Tel. 07071 - 29 23 38

Ambulanz für Kinder u. Jugendliche
Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit e.V.
Niedernauer Str. 11, 7407 Rottenburg
Tel. 07472 - 84 74
Kontakt: St. Becker, 07071 - 4 96 04

Staatl. Gesundheitsamt
Europastr. 6, Tübingen
Tel. 07071 - 3 20 71

Arbeitskreis Leben e.V.
Lichtensteinerstr. 9, Tübingen
Tel. 07071 - 3 37 33

Bei psych. Störungen, die in Schulschwierigkeiten zum Ausdruck kommen: Schulpsychologische Beratungsstelle
Nauklerstr. 23, Tübingen
Tel. 07071 - 21 24 16

Ambulante Therapie

niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten
(s. Verzeichnis der AOK oder Branchen-Fernsprechbuch)

Ambulanz der Universitäts-Nervenklinik
Osianderstr. 22, Tübingen
Tel. 07071 - 29 26 84

Ambulanz der Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Osianderstr. 14, Tübingen
Tel. 07071 - 29 23 38

Geriatrische Ambulanz der Nervenklinik,
Brunnenstr. 8, Tübingen
Tel. 07071 - 29 23 02
29 23 00

Psychologisches Institut der Universität Tübingen
Gartenstr. 29,
Tel. 07071 - 29 42 19

Abteilung für Psychoanalyse Psychotherapie u. Psychosomatik der Universität Tübingen
Neckargasse 7, Tübingen
Tel. 07071 - 29 67 19

Ambulanz für Kinder u. Jugendliche
Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit e.V.
Niedernauer Str. 11, 7407 Rottenburg,
Tel. 07472 - 84 74
Kontakt: St. Becker, 07071 - 4 96 04

Entwicklungsneurologische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik
Frondsbergstr. 28, Tübingen
Prof. Michaelis
Tel. 07071 - 29 47 34
(für entwicklungsauffällige

Psychosoz. Beratungs- u. ambulante Behandlungsstelle für Suchtgefährdete u. -kranke
Kelternstr. 30, Tübingen
Tel. 07071 - 2 44 51
Zielgruppe: Drogen- und

Psychosoz. Beratungs- u. ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke u. -gefährdete (Alkohol, Medikamente)
Lembergstr. 21, Tübingen
Tel. 07071 - 7 80 71
Zielgruppe: erwachsene Alkohol-

Stationäre Einrichtungen

Universitäts Nervenklinik
Osianderstr. 22, Tübingen
Tel. 07071 - 29 26 84

Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Osianderstr. 14, Tübingen
Tel. 07071 - 29 23 38

Psychiatrisches Landeskrankenhaus
7942 Zwiefalten
Tel. 07373 - 101

Therapeut. Heim f. psychisch kranke Kinder u. Jugendliche, Verein für psychoanalyt. Sozialarbeit,
Niederneuer Str. 11,
7407 Rottenburg
Tel. 07472 - 84 74

Sozialtherapeutische Wohngruppen für Kinder- u. Jugendliche, Tübinger Verein f. Sozialtherapie e.V.
Gartenstr. 131, Tübingen
Tel. 07071 - 2 60 88

Drogenhilfe Tübingen e.V.
Bebenhäuserstr. 17,
Tübingen,
Tel. 07071 - 2 38 50

Nachsorgeklinik für psychisch Kranke, Im Alten Reuns 4,
Tübingen, Tel. 07071 - 7 45 06

Kurzzeitbehandlung f. Alkoholabhängige
Station 8 6 der Universitäts-Nervenklinik
Tel. 07071 - 29 23 33

LVA-Alkoholentziehungskuren (6 Monate)
Psychiatrisches Landeskrankenhaus Station 4
7942 Zwiefalten, Tel. 07373 - 10217

Teilstationäre Einrichtungen

Tagesklinik der UNK Tübingen, Wildermuthstr. 10
Tel. 07071 - 29 66 39 oder 29 23 08

Ambulante Betreuung

Krankenpflege
Hauspflege
Nachbarschaftshilfe
Haushaltshilfen

Sozialstationen Tübingen
- Städtische Sozialstation 07071 - 20 44 51
- Evang. Diakoniestation 07071 - 7 36 78
- Kath. Sozialstation 07071 - 2 44 91

Kranken- u. Hauspflegestation
Unterjesingen
Tel. 07073 - 76 97

Kranken- u. Hauspflegestation
Dettenhausen
Tel. 07151 - 6 16 84

Sozialstation Rottenburg
Tel. 07472 - 84 88

Sozialstation des Gemeindeverwaltungsverbands
Steinlach-Wiesaz, Sitz: Gomeringen
Tel. 07072 - 20 31

Diakoniestation Härten
Tel. 07071 - 3 74 11

Diakoniestation Mössingen
Tel. 07473 - 65 93

Diakoniestation Ammerbuch
Tel. 07076 - 66 16

Soziale Hilfe

Hilfestellung bei Finanz-, Wohnungs- u. Arbeitsplatzproblemen und in Rechtsangelegenheiten

Kreissozialamt Tübingen
Landratsamt, Doblerstr.
Amtsvorst.: Hönle
Tel. 07071 - 20 73 37
Stellv. Groer
Tel. 07071 - 20 73 41

Städt. Sozialamt Tübingen
Bei der Fruchtschranne 5
Amtsvorst. Schmid
Tel. 20 42 50
Frau Mößner Tel. 20 44 50

Arbeiterwohlfahrt Tübingen
Pfleghofstr. 2
Tel. 07071 - 2 76 87

Diakonische Bezirksstelle
Lembergstr. 21, Tübingen
Tel. 07071 - 7 80 71

Caritas-Kreisstelle
Albrechtstr. 4, Tübg.,
Tel. 07071 - 7 30 08

AOK Tübingen
Sozialer Dienst
Europastr. 4, Tübingen
Tel. 1 42 86

Betreuung von Jugendlichen
Nachsorgedienst des Tübinger-Vereins f. Sozialtherapie e.V.
Pfleghofstr. 11, Tübingen
Tel. 07071 - 2 21 96

Arbeitsvermittlung f. psych. Behinderte
Arbeitsamt Tübingen, Herr Aippersbach
Tel. 07071 - 70 51 12

Kirchliche Initiative zur Betreuung von Alkoholabhängigen, Fr. Mildner, Rottenburg
Tel. 07472 - 2 17 08

Mitmenschlicher Kontakt

Gesprächs-, Hilfe- und Freizeitangebot

Arbeitskreis Leben e.V.
Lichtensteinstr. 9, Tübingen
Tel. 07071 - 3 37 33

Psychosoziale Beratungsstelle für ältere Menschen
Kirchgasse 1, Tübingen
Tel. 07071 - 2 24 98

Tübinger Hilfsgemeinschaft "Klinke"
Haagasse 5,
Kontakt: Fr. Flittner,
Tel. 6 64 21

Gesprächskreis innerhalb der Diakoniestation Mössingen
7406 Mössingen, Mittelgasse 19
Tel. 07473 - 65 93

Kontaktgruppe
7407 Rottenburg
Hagenwörthstr. 1
Tel. 07472 - 3211
Fr. Wespel

Kuratorium f. offene Altenarbeit e.V.
Köllestr. 31, Tübingen
Tel. 07071 - 4 93 77

Freundeskreis d. Alkoholiker
Kontakt: Diakon. Bezirksstelle
Tübingen, Tel. 07071 - 7 80 71

Freundeskreis für Alkoholabhängige
Mössingen, Tel. 07473 - 34 57

Altenbegegnungsstätte "Hirsch"
Hirschgasse 9
Tel. 07071 - 2 26 88

Selbsthilfegruppen

Tübinger Patienten-Selbsthilfe
Albrechtstr. 21, Tübingen
Tel. 07071 - 7 20 67
Kontakt: R. Demuth

Club f. Behinderte u. ihre Freunde e.V.
Rümelinstr. 2, Tübingen
Tel. 07071 - 2 69 69 CaBeef

Telefonkette für Senioren
Anmeldung E. Katzmann
Tel. 07071 - 6 61 66

Die "Klinke", Club ehemaliger Patienten,
Haagasse 5, Tübingen
Kontakt Tel. 07071 - 2 19 65

Anonyme Alkoholiker (AA)
Tübingen: Di 20 Uhr im Eberhardgemeindehaus
Tel. Werner 07071 - 2 76 43

Rottenburg: Do 19.30 Uhr Ev. Gemeindehaus
Tel. Elke 07472 - 2 17 08
Ergenzingen: Karl-Heinz Tel. 07457 - 37 14

Elternkreis drogengefährdeter Jugendlicher
Kontakt: d. 07071 - 6 41 02
07071 - 2 46 32

Herausgeber: Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Tübingen, Doblerstraße 15

Stand: 1983

2.2.2 Arbeitsgruppen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit und zur Bearbeitung akuter Probleme werden klientelzentrierte und themenzentrierte Arbeitsgruppen gebildet, die auch für interessierte Nichtmitglieder offenstehen.

1. Arbeitsgruppe "Soziale Hilfen für psychisch Kranke" (Arbeit und Wohnraum)
   Kontaktperson: Herr Rutow,
   Nachsorgeklinik

2. Arbeitsgruppe "Krisenintervention"
   Kontaktperson: Herr Schuldt,
   "Arbeitskreis Leben"

3. Arbeitsgruppe "Versorgung psychisch kranker Langzeitpatienten"
   Kontaktperson: Dr. Rein,
   Universitäts-Nervenklinik

4. Arbeitsgruppe "Psychische Probleme älterer Menschen"
   Kontaktperson: Herr v. Berg,
   Psychologische Beratungsstelle für Ältere

Eine weitere Arbeitsgruppe ist geplant, die sich mit den speziellen Problemen der psychisch gestörten Kinder und Jugendlichen befaßt.
Kontaktperson: Herr Becker,
Verein für psychoanalytische Sozialarbeit

In der kurzen Zeit des Bestehens der Arbeitsgruppen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zeichnen sich bereits erste Erfolge ab:

- Der Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V. kann - nach jahrlangen vergeblichen Bemühungen um Wohnraum - nunmehr seine Pläne realisieren und in einem städtischen Haus am Horemer eine beschützte Wohngruppe für psychisch Kranke eröffnen.

- Der Verein für Sozialpsychiatrie Zwiefalten hat sich bereiterklärt, die organisatorischen Vorarbeiten für eine weitere beschützte Wohngruppe zu übernehmen.

- Die Universitäts-Nervenklinik befaßt sich mit dem Plan, im Bereich der ehemaligen Küche mit einer Buchbinderei beschützte Arbeitsplätze zu schaffen.

- Von seiten des Trägervereins der Behindertenwerkstätte Gomaringen wird die Bereitschaft signalisiert, dezentral eingerichtete beschützte Arbeitsplätze für psychisch Kranke organisatorisch unter das "verlängerte Dach" der Behindertenwerkstätte zu nehmen.

Dank der Engagementsbereitschaft der Mitglieder hat sich die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Landkreises in relativ kurzer Zeit zu einer Einrichtung entwickelt, die die Kooperation der Dienste fördert und die Realisierung von Projekten erleichtert.

2.3 Die Spendenaktion des Schwäbischen Tagblatts zur Unterstützung des "Arbeitskreis Leben"

Die alljährliche Weihnachtsspenden-Aktion des Schwäbischen Tagblatts war 1982 dem "Arbeitskreis Leben" gewidmet, 1983 gilt sie der Psychologischen Beratungsstelle für Ältere.

Für beide Einrichtungen bedeutet das Engagement der örtlichen Presse nicht nur finanzielle Entlastung, sondern auch intensive Öffentlichkeitsarbeit.

Der Arbeitskreis Leben konnte mit den eingegangenen Spenden in Höhe von 15.000,-- DM - unter zusätzlicher ABM-Finanzierung - zwei Halbtagsstellen einrichten.

2.4 Aktivierung von Laienhelfern

Einige Teilnehmer des Psychosozialen Arbeitskreises machten sich 1982 Gedanken, wie man Laienhelfer gewinnen könne, vor allem für die ländlichen Bereiche des Landkreises.

Es wurden, über Kontakte zu Gemeindeverwaltungen und Pfarrämtern, Personen ermittelt, die für Probleme psychisch Kranker aufgeschlossen erschienen und als potentielle Laienhelfer in Frage kamen. Diese Personen wurden zu einem eintägigen Seminar am 27.11.1982 eingeladen.

Zielsetzung des Seminars:

- Einführen in die Problematik psychischer Erkrankung
- Berichte von der Arbeit der Patientenclubs
- gegenseitiges Kennenlernen
- Austausch von Erfahrungen
- Anregung zur Kooperation

Die Einladung zu diesem Seminar fand unerwartet guten Zuspruch. Die Teilnehmer zeigten sich befriedigt, die Gele-

genheit geboten bekommen zu haben, Erfahrungen auszutauschen und sich persönlich kennenzulernen.

Der Patientenclub "Kontaktgruppe.Rottenburg" konnte im Rahmen des Seminars neue ehrenamtliche Mitarbeiter gewinnen.

Dieser erste Versuch, die Laienhelfer- bzw. Clubarbeit im Landkreis mit Hilfe eines Seminars zu aktivieren, hat sich als sinnvoll erwiesen. Jedoch ohne Fortsetzung der Bemühungen um Motivation und Aktivierung und ohne die notwendige Bewußtseinsarbeit, vor allem in den Landgemeinden, wird die Ausweitung der Laienhilfe auf den gesamten Landkreis nicht möglich sein.

Fallbeispiel für wirksame Laienhilfe

Der folgende Fall-Bericht ist in seinem 2. Teil ein Beispiel gelungener Laienhilfe. Sein 1. Teil zeigt ein Trauerspiel nichtfunktionierender Kooperation und belegt die These vom Rehabilitationsnachteil gemeindeferner Unterbringung. Des weiteren veranschaulicht der Teil 1 des Fallberichts die Bedeutung der "Versorgungsverpflichtung": solange die Universitäts-Nervenklinik keine Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Tübingen übernimmt, steht es in der Entscheidung des diensthabenden Arztes, Bewohner des Landkreises aufzunehmen oder abzuweisen.

Fall-Bericht:

Frau X, eine ältere Frau, bewohnt eine Eigentumswohnung in einem Hochhaus. Sie hat keine Angehörigen in Reichweite und leidet unter großer Einsamkeit. Ihren Haushalt besorgt sie selbst und hält die Wohnung sauber und ordentlich.

Die zarte, alte Frau würde keine Aufmerksamkeit auf sich lenken, wenn sie nicht der Überzeugung wäre, von den Mitbe-

wohnern im Haus bestohlen, verfolgt, aufs schwerste beeinträchtigt zu werden und sich dagegen zur Wehr setzen zu müssen.

Sie schlägt nachts mit dem Besenstiel gegen die Wohnungstüre der vermeintlichen Diebe, um das Diebesgut zurückzufordern, alarmiert immer wieder die Polizei und veranlaßt diese, den Anschuldigungen nachzugehen. Die Verbitterung der Nachbarn ist dementsprechend groß. Nach einer Nacht mit massiver Ruhestörung für das ganze Haus rufen die Nachbarn das Gesundheitsamt zu Hilfe.

Frau X wird von der Ärztin des Gesundheitsamts nicht in ihrer Wohnung angetroffen. Die zarte, alte Frau steht in einem Winkel des Treppenhauses und macht einen völlig erschöpften Eindruck. Mit allen Anzeichen des Entsetzens erzählt sie, man habe zuerst ihren Bruder ermordet und nun auch noch ihre Wohnung weggenommen. Sie dürfe die Wohnung nicht mehr betreten und habe die ganze Nacht im Aufzug und Treppenhaus verbringen müssen.

Die vor Erschöpfung schwankende Frau braucht sofortige Hilfe.

Die Kooperation der Dienste erweist sich im folgenden als hochgradig unbefriedigend:

- Der diensthabende Arzt der Nervenklinik verweigert die Aufnahme trotz des Hinweises, daß dieser Fall geeignet sei für den Einsatz von Laienhilfe, und daß die Kontaktaufnahme des Laienhelfers nur in Tübingen vermittelt werden könne.

- Der Hausarzt verabreicht der im Sitzen schlafenden, übermüdeten Frau Valium.

- Die Bitte um Aufnahme der nunmehr tiefschlafenden Frau wenigstens für eine Nacht wird auch von einer weiteren stationären Einrichtung des Landkreises abgeschlagen.

Es bleibt nichts anderes übrig als die sofortige fürsorgliche Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz anzuordnen und die Frau ins Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten transportieren zu lassen.

Dort ist sie nicht nur weit ab von den Tübinger Laienhelfern, sie ist auch bestärkt im Mißtrauen gegen die Umwelt. Mit Recht fühlt sie sich betrogen, als sie in Zwiefalten aufwacht: mit einigen Tagen in der Nervenklinik war sie einverstanden gewesen und freiwillig mitgegangen zu ihrem Hausarzt. Dann weiß sie nichts mehr und wacht in Zwiefalten auf!

Es vergehen Wochen, bis Frau X schließlich doch in die Tübinger Nervenklinik übernommen wird, bis sie endlich dort landet, wo sie zum Zweck der Einleitung der medikamentösen Behandlung und der Kontaktvermittlung zur Laienhilfe kurzfristig aufgenommen werden sollte.

Nach ihrer Entlassung aus 10-wöchiger (!) stationärer Behandlung steht Frau X den Anforderungen des Alltags völlig hilflos gegenüber. In den 70 Tagen der Vollversorgung im Krankenhaus hat sie ihre Fähigkeit zur Selbständigkeit so stark eingebüßt, daß nur noch der Ausweg einer Heimunterbringung möglich erscheint.

70 Tage stationäre Behandlung haben zwar ihre Wahnvorstellungen gedämpft - keineswegs beseitigt - dafür aber ihre Selbsthilfekompetenz schwerwiegend beeinträchtigt.

Mit 70 teuren Krankenhaustagesätzen - zu Lasten der Krankenkasse - wurde die Notwendigkeit einer Heimunterbringung eingehandelt - zu Lasten des Sozialhilfeträgers!

An dieser Stelle hätte des Fallbeispiel von Frau X mit ihrer Heimunterbringung ein unbefriedigendes und teures Ende gefunden, wenn nicht das Engagement der Psychologischen Beratungsstelle für Ältere und der bewundernswerte Einsatz eines Laienhelfers eine positive Wende bewirkt hätten:
Als Frau X nach ihrer Entlassung, mit reduziertem, aber immer noch vorhandenem Wahn, den Aufgaben der Alltagsbewältigung völlig hilflos gegenübersteht, bekommt sie vom Laienhelfer und von einem Mitarbeiter der Psychologischen Beratungsstelle für Ältere intensive Hilfe, zur Überbrückung der Wartezeit bis zur Heimaufnahme.

Allmählich zeigt sich, daß die regelmäßigen Kontakte zum Mitarbeiter der Psychologischen Beratungsstelle und die menschliche Zuwendung des Laienhelfers Therapieerfolge bringen, die in der 10-wöchigen Klinikbehandlung nicht erreicht worden waren: die Wahnvorstellungen nehmen ab und treten schließlich völlig in den Hintergrund. Frau X gewinnt Energie und Leistungskraft zurück. Mit Hilfe der ambulanten Betreuung ist sie allmählich wieder in der Lage, ihren Haushalt zu führen.

Die Betreuungsarbeit der Psychologischen Beratungsstelle umfaßt, neben der Direktbetreuung der Patientin und der Anleitung des Laienhelfers auch Bemühungen, die erboste Hausgemeinschaft positiv umzustimmen. Es gelingt, Ängste vor der "Verrückten" abzubauen, Hintergründe von Wahnkrankheiten alter Menschen zu erklären und Anregungen für den Umgang mit Frau X zu geben.

Die Entspannung im Haus und die Stabilisierung von Frau X erlauben letztendlich, auf die eingeleitete Heimunterbringung zu verzichten.

Frau X wird selbstverständlich auch weiterhin ambulante Betreuung und Behandlung benötigen: vom Laienhelfer, vom Mitarbeiter der Beratungsstelle und vom Hausarzt. Die Intensität der ambulanten Betreuung kann jedoch am Ergehen der Kranken orientiert werden. Wichtig ist, daß Frau X in der Person des Laienhelfers einen verläßlichen Ansprechpartner gewonnen hat, der sie vor der angstproduzierenden Isolation bewahrt.

Abschließend ein Wort zur Finanzierungsproblematik: wie wir gesehen haben, vermeidet die ambulante Betreuung die Heimunterbringung von Frau X. Der ärztliche Anteil der ambulanten Betreuung ist kostenmäßig abgedeckt über die Gebührenordnung der Krankenkasse, nicht aber die ambulante Leistung der Fachkraft der Psychologischen Beratungsstelle.

Obwohl der Kostenaufwand der ambulanten Betreuung nur einen Bruchteil der Heimkosten ausmacht, gibt es bislang keine versicherungsrechtliche Regelung, die die Finanzierung der sinnvolleren, billigeren und humaneren Lösung absichert. Es fehlt bislang die Möglichkeit des "Lastenausgleichs" zwischen den Trägern. Der Kostenaufwand für die ambulante Betreuung von Frau X geht zu Lasten der Psychologischen Beratungsstelle für Ältere, die Einsparungen durch Vermeidung der Heimunterbringung zugunsten des Landeswohlfahrtsverbandes. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine Regelung, die einen sinnvollen und kostendämpfenden "Lastenausgleich" ermöglicht.

2.5 Bemühungen um Arbeitsplätze für psychisch Kranke

Den sich verschärfenden Arbeitsplatzproblemen psychisch Kranker gelten im Landkreis Tübingen die Bemühungen mehrerer Organisationen:

1. des Tübinger Vereins für Sozialtherapie bei Kindern und Jugendlichen e.V.
2. der Tübinger Patientenselbsthilfe e.V.
3. der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft
4. des Vereins für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V.

2.5.1 Der Tübinger Verein für Sozialtherapie bei Kindern und Jugendlichen sieht sich dem wachsenden Problem konfrontiert, daß Bewohner seiner therapeutischen Wohngruppen keinen Ausbildungsplatz und keine Beschäftigung finden oder wegen psychischer Störungen und Leistungsbeeinträchtigungen nicht in der Lage sind, eine Lehre aufzunehmen.

Der Verein erhofft eine gewisse Abhilfe vom geplanten Projekt "Gebrauchtwarenmarkt". Unter fachlicher Anleitung sollen gebrauchte Artikel renoviert und verkaufsgerecht zubereitet werden. Der "Gebrauchtwarenmarkt" soll für 15 Jugendliche Arbeits- und Trainingsmöglichkeit schaffen.

Der Verein hat bereits ein geeignetes Haus mit Scheune in Derendingen für etwa 375.000,-- DM ausfindig gemacht und könnte über das Vereinsvermögen den Hauskauf finanzieren. Offen ist je-

doch die Finanzierung der Einrichtung und Ausstattung*.

Teilweise geklärt sind die laufenden Kosten für Personal und Unterhalt der Jugendlichen:
Das Arbeitsamt hat die Zusage für eine ABM-Stelle gegeben und ist bereit, die Jugendlichen über gesetzliche Engliederungshilfen der Arbeitsverwaltung zu fördern. Ein Mitarbeiter des Vereins, der selbst 3 Pflegekinder betreut, ist von Beruf Elektriker. Er ist in der Lage, für diesen Fachbereich seine Kenntnisse einzubringen ohne zusätzlichen Finanzierungsbedarf.

Das Projekt "Gebrauchtwarenmarkt" des Vereins für Sozialtherapie hat zwei große Vorteile:
1. es ist ausbaufähig - wenn es sich bewähren sollte - durch mögliche Einbeziehung des Nachbarhauses,
2. der Verein für Sozialtherapie bietet in der Zusammensetzung seiner Mitglieder optimale Bedingungen für eine beratende Begleitung des Projekts.

2.5.2 Aus der Erkenntnis, daß die Rehabilitation nach psychischer Erkrankung steht und fällt mit der Möglichkeit zur Selbständigkeit, hat sich eine Gruppe ehemalig psychisch Kranker zu einer Selbsthilfeinitiative zusammengeschlossen und im Sommer 1983 einen Waschsalon eröffnet: den Steinlach-Waschsalon, Albrechtstr. 21, Tübingen.

Trägerverein ist die "Tübinger Patientenselbsthilfe e.V." - entwickelt aus der Tübinger Hilfsgemeischaft e.V./die "Klinke".

---

* Investitionskosten in Höhe von 800.000,-- DM.

Die Tübinger Hilfsgemeinschaft e.V. unterstützt die Selbsthilfeinitiative in organisatorischen Fragen und finanziert in der Anfangszeit die Miete. Die Investitionskosten in Höhe von 35.000,-- DM werden mit Spenden und Investitionsbeihilfen von Stadt und Landkreis gedeckt (siehe auch C 2.5.3). Der Selbstbedienungswaschsalon bietet 4 Halbtagskräften Arbeit. Die vier ehemaligen psychisch Kranken beraten die Kunden, beaufsichtigen den Waschvorgang, betreuen die Maschinen und erledigen die Buchführung.

In der Anfangsphase des Betriebs wird die Finanzierung der 4 Mitarbeiter durch das Sozialamt und Arbeitsamt abgesichert, da die 4 Halbtagskräfte des Waschsalons zum Kreis der "schwer vermittelbaren Personen" gehören*.

2.5.3 Der Psychosoziale Arbeitskreis Tübingen und die seit 21.2.1983 auf psychisch Kranke spezialisierte Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft befaßten und befassen sich mit dem Problem der Arbeitsplatzbeschaffung für psychisch Kranke.

In zwei Sitzungen, am 30.11.1982 und 1.2.1983, wurde über "Arbeitsplatzmöglichkeiten für psychisch Kranke im Landkreis Tübingen" diskutiert.

Der Vertreter des Arbeitsamtes bekam die Gelegenheit, seine Schwierigkeiten bei der Vermittlung von psychisch Behinderten vor Vertretern der sozialen Einrichtungen darzustellen. Seine Ausfüh-

---

* Die Landkreistag-Empfehlungen raten, Bemühungen um Arbeit nicht durch enge Auslegung von Sozialhilferichtlinien zu behindern, da jedes Arbeitsverhältnis den Erwerb von Rentenansprüchen bedeutet und den zukünftigen Bedarf an "Hilfe zum Lebensunterhalt" durch die Sozialhilfe reduziert.

rungen über gesetzliche Hilfen der Arbeitsverwaltung zur Wiedereingliederung psychisch Behinderter in den Arbeitsprozeß wurden mit großem Interesse aufgenommen. Ein Sozialarbeiter aus Freiburg berichtete von den Bemühungen des dortigen Patientenclubs, einen Druckereibetrieb aufzubauen.

Nach der Konstituierung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich speziell mit den beiden Problemen Arbeit und Wohnen befaßt. Ihr gehören u.a. an: Vertreter des Arbeitsamts, des städtischen Sozialamts, des Kreissozialamts, der Universitäts-Nervenklinik, des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Zwiefalten, des Tübinger Vereins für Sozialpsychiatrie und der Tübinger Patientenselbsthilfe e.V.

Auf Anregung dieser Arbeitsgruppe wurde von der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft die finanzielle Förderung des Waschsalon-Projekts aus Mitteln des Kreishaushalts empfohlen. Der Empfehlung wurde am 12.10.1983 vom Sozialausschuß mit einem einmaligen Investitionszuschuß in Höhe von 10.000,-- DM entsprochen.

2.5.4 Der Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V. ist zur Zeit dabei, die Möglichkeit der Gründung einer Buchbinderei in Tübingen auszuloten. Es steht zur Diskussion, die Buchbinderei in der ehemaligen Küche der Universitäts-Nervenklinik unterzubringen.

2.5.5 Eine H a n d w e b e r e i als Selbsthilfeinitiative Behinderter hat der Club für Behinderte und ihre Freunde e.V. (CeBeeF) ins Leben gerufen. Ab Herbst 1983 wird die Handweberei in der Rümelinstr. 2, Tübingen, für 5 Behinderte Arbeitsplätze schaffen: 4 Plätze im textilen Produktionsbereich, 1 Platz im Einkauf und Verkauf. Vorerst kommt diese Selbsthilfeinitiative zwar primär Körperbehinderten zugute, zur Zielgruppe des Vereins zählen jedoch auch die psychisch Behinderten.

2.6 Schaffung von Wohnraum für psychisch Kranke

Auf die desolate Wohnraumsituation in Tübingen wurde bereits im Teil B hingewiesen.

Wenn "Wochenendfahrer und Nichtraucher" schon Schwierigkeiten haben, ein Zimmer zu finden, wie sollen Leute, die aus der Nervenklinik oder aus Zwiefalten kommen, eine Chance haben, einen Platz zum selbständigen Leben zu finden?!

Die Mitglieder der Tübinger Hilfsgemeinschaft e.V. bemühen sich, auf dem "heißen Stein" mehr und mehr "Tropfen" anzusammeln: Bis August 1983 standen lediglich 2 Zimmer im Kommunikationszentrum Haaggasse 5 zur Verfügung zur kurzfristigen Beherbergung von psychisch Kranken nach ihrer Entlassung aus der Nervenklinik. Im September 1983 wird von der Tübinger Hilfsgemeinschaft e.V. mit den Räumen des Waschsalons in der Albrechtstr. 21 auch eine 3-Zimmerwohnung angemietet, die 3 ehemaligen Patienten der Nervenklinik zur Verfügung gestellt wird. Darüber hinaus wird von Mitgliedern der Tübinger Hilfsgemeinschaft das Cotta-Haus in der Münzgasse stockwerkweise privat erworben, mit der Absicht, die insgesamt 3 Dreizimmerwohnungen an ehemalig psychisch Kranke mit normalen Mietverträgen zu vermieten.

Sämtliche Wohnangebote der Tübinger Hilfsgemeinschaft e.V. sind "unbeschützter" Art. Beschützten Wohnraum, - mit Betreuung durch eine Fachkraft -, gibt es im Landkreis Tübingen nicht.

Der Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V. bemüht sich seit Jahren um die Einrichtung beschützter Wohngruppen. Die Initiative scheiterte bislang am fehlenden Wohnraum. Der Verein rekrutiert sich überwiegend aus aktiven Mitarbeitern der Nervenklinik, der Tagesklinik und der Nachsorgeklinik. Aus der Perspektive der stationären und teilstatio-

nären Einrichtungen wird die Wohnraumnot besonders tragisch erlebt, da - nach Aussage von Oberarzt Dr. Rein - ständig 5 bis 10 Patienten nicht entlassen werden können, weil keine Unterkunft gefunden wird. Oft müssen aus diesem Grund längere Klinikaufenthalte in Kauf genommen werden

- mit allen Nachteilen für das therapeutische Bemühen, den psychisch Kranken möglichst kurz zu hospitalisieren und möglichst rasch zur Selbständigkeit zurückzuführen und
- mit allen Nachteilen für das Bemühen um Kostendämpfung im Gesundheitswesen

Jahrelang bemüht sich der Verein vergeblich, Wohnraum vom städtischen Liegenschaftsamt zur Miete überlassen zu bekommen. Erst die Diskussionen über die Empfehlungen des Landkreistags "zur außerklinischen Versorgung psychisch Kranker" im Psychosozialen Arbeitskreis machen die Vertreter der städtischen Ämter hellhörig für die Probleme dieser Kranken und lassen persönliche Kontakte entstehen, die Planungen voranzutreiben vermögen.

Im Sommer 1983 bekommt der Verein zwei städtische Häuser alternativ zur Miete angeboten: er entscheidet sich für das Haus am Horemer, das in seinen Abmessungen geeignet ist für eine Wohngruppe von 5 ehemaligen Patienten. Entsprechend der Richtlinien des Landeswohlfahrtsverbands soll die Betreuung der beschützten Wohngruppe einer Halbtagskraft übertragen werden. Voraussichtliche Eröffnung der ersten beschützten Wohngruppe im Landkreis TÜbingen: Frühjahr 1984.

Der Verein für soziale Psychiatrie Zwiefalten, der in Reutlingen ein Wohnkolleg betreut, hat in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft seine Bereitschaft erklärt, für weitere beschützte Wohngruppen im Kreis Tübingen die organisatorischen Vorarbeiten zu übernehmen - im Interesse der, im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten untergebrach-

ten, Tübinger Patienten. Der Erfolg der Bemühungen wird davon abhängen, ob geeigneter Wohnraum angemietet werden kann.

1981 wurde auf Initiative einer erfolgreich behandelten Alkoholkranken und mit Unterstützung durch die Dompfarrgemeinde Rottenburg eine Wohngruppe für behandelte Alkoholiker eingerichtet. Die Dompfarrgemeinde finanziert die Miete der 6-Zimmerwohnung in Rottenburg, in der bis zu 8 Personen nach Abschluß einer Alkoholentwöhnungsbehandlung unterkommen können. Kontakt möglich über Tel. 0 74 72 / 2 17 08.

2.7 Zwei Fall-Beispiele zur Veranschaulichung der Auswirkung von Kooperation bzw. Nichtkooperation verschiedener Dienste

In beiden nachfolgenden Fallbeispielen ist die Ausgangssituation gleich: in einer Familie mit mehreren kleinen Kindern wird die Mutter psychisch krank. Am ersten Beispiel wird die Problemlösungsstrategie gezeigt, wie sie bisher üblich war: jedes Teilproblem der Familie wird von einem anderen Dienst bearbeitet ohne gegenseitige Absprache und Kooperation.

Familie A:

Die Mutter der kleinen Kinder erkrankt, der Vater verläßt die Familie, der Zustand der jungen Frau verschlechtert sich, die Kinder werden nicht mehr ausreichend versorgt, sie werden - unter einem Vorwand - von der Mutter weggeholt und in ein Kinderdorf gebracht, die Kranke dekompensiert völlig und wird stationär eingewiesen. An eine Rückkehr der Kinder ist amtlicherseits nicht gedacht, solange sich der Zustand der Mutter nicht eindeutig und anhaltend bessert.

Der Zustand der Mutter aber - ihrer Kinder beraubt, vom Mann alleingelassen - bessert sich nicht trotz Einsatz des vollen klinischen Therapieaufwands.

Das zweite Beispiel einer Problemlösungsstrategie zeigt, wie durch Kooperation verschiedener Dienste der Grundsatz der "Empfehlungen des Landkreistags" und der Psychiatrie-Enquête erfüllt werden kann: den psychisch Kranken in seinem Lebensumfeld zu erhalten und stationäre Behandlung zugunsten von ambulanter Betreuung zu minimieren.

Familie B:

Die Mutter der kleinen Kinder erkrankt, sie kann die Kinder nicht mehr versorgen. Das Jugendamt - vor das Problem gestellt, die Versorgung der Kinder zu sichern - erarbeitet gemeinsam mit der Sophienpflege ein Hilfsprogramm für die Gesamtfamilie, "sozialpädagogische Familienhilfe": Eine Fachkraft wird in die Familie delegiert, die

- die Kinder versorgt,
- ihnen ihr Zuhause garantiert,
- ihnen hilft, mit ihren Problemen, im Zusammenhang mit der Erkrankung der Mutter, fertig zu werden,
- die aus Klinikbehandlung entlassene Mutter betreut,
- ihr hilft, mit den Problemen von Haushalt und Kindern allmählich selbst wieder zurechtzukommen.

In Absprache mit dem Therapeuten wirkt die Familienpflegerin mit bei der Therapie der Mutter. Sie ist in der Lage, die Anforderungen an die Mutter deren Belastbarkeit anzupassen und die Kinder davor zu bewahren, von den Befindlichkeitsschwankungen der Kranken allzusehr beeinträchtigt zu werden.

Auf den ersten Blick erscheint es aufwendig, eine teure Fachkraft über viele Monate einer einzigen Familie zur Verfügung zu stellen. Bedenkt man aber den Kostenaufwand im Fallbeispiel 1 mit mehrjähriger Unterbringung der Kinder im Kinderdorf und langfristiger stationärer Behandlung der Mutter, so erweist sich die kombinierte Problemlösungstrategie innerhalb der Familie als kostengünstiger; ganz zu schweigen von den immateriellen Vorteilen:

- Die Kinder bleiben in ihrem sozialen Umfeld und behalten ihr Zuhause.
- Die psychisch kranke Mutter kann frühzeitig aus stationärer Behandlung entlassen werden, weil mit Hilfe der Familienpflegerin die Weiterbehandlung gewährleistet ist.
- Die Heilungs-Chancen sind gut, dank der optimalen Rahmenbedingungen.

Das zweite Fallbeispiel zeigt die Effektivität der Kooperation verschiedener Dienste und Institutionen. Während sich im Fall der Familie A die eine Einrichtung isoliert um die Versorgung der Kinder kümmert und die andere Einrichtung, unabhängig davon, um die Behandlung der kranken Mutter bemüht ist, fördert die fachübergreifende Zusammenarbeit im Fall der Familie B gleichzeitig mit der Versorgung der Kinder die Therapie der Mutter.

2.8 Zusammenfassung

Die Empfehlungen des Landkreistags zum Ausbau der außerklinischen Versorgung von psychisch Kranken haben im Landkreis Tübingen das vorhandene aktive Potential gestärkt und der Bereitschaft zum Nachdenken, zum Zusammenarbeiten und zum Erproben neuer Wege eine breitere Basis verliehen.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft bewährt sich als Instrument der Kooperation und des Informationsaustauschs zwischen den aktiven Diensten und den kommunalen Gremien.

3 Zusammenstellung der Faktoren, die den Ausbau der außerklinischen Versorgung psychisch Kranker behindern

Im Verlaufe dieser Arbeit wurde an verschiedenen Stellen auf Probleme und Schwierigkeiten hingewiesen, die die Bemühungen um die Behandlung und Betreuung psychisch Kranker schwerwiegend beeinträchtigen.

Faßt man die Klagen zusammen, kristallisieren sich 4 Faktoren als entscheidende Hinderungsmechanismen heraus:

3.1 Das System der konkurrierenden Finanzierung

Die Finanzierungsmodalitäten im Bereich der Versorgung und Betreuung von psychisch Kranken erschweren einen gestuften Übergang ins Normalleben. Die Finanzierung durch konkurrierende Geldgeber übt eine Wirkung aus, die diametral entgegensteht dem Grundsatz der Gemeindepsychiatrie von der Anpassung der Behandlungsintensität an den Bedarf des Patienten - nach dem Grundsatz: mit möglichst geringen Eingriffen die Selbstheilungskräfte zu unterstützen.

3.2 Wohnraumverknappung

Die Wohnraumverknappung behindert das Selbständigwerden von Patienten, verlängert den Aufenthalt im Krankenhaus oder macht Menschen zu Heimbewohnern, die durchaus ein eigenes Leben führen könnten.

3.3 Arbeitslosigkeit

Die schwierige Lage am Arbeitsmarkt schafft Probleme bei der Rückgliederung des genesenden psychisch Kranken und bei der Eingliederung psychisch labiler Jugendlicher.

3.4 Fehlende Versorgungsverpflichtung der Einrichtungen

Das Fehlen festgelegter Versorgungsverpflichtungen fördert die Versorgung der leichter zugänglichen Patienten zuungunsten der schwer gestörten Kranken.

Die Behandlung des psychisch Kranken kann nur in der Kombination verschiedenartiger Hilfen zu einer befriedigenden Rehabilitation führen: Der Erfolg der Behandlung mit Psychopharmaka und Psychotherapie steht und fällt mit der Befähigung des Patienten, auf die eigenen Beine zu kommen. Die Lektion 'das Leben wieder lernen' ist nicht das Nachwort im Anschluß an die Behandlung. Sie ist Teil der Behandlung. Dazu gehören alle unscheinbaren Teilprobleme des täglichen Lebensvollzugs bis hin zur Befähigung

- für sich selbst und seinen eigenen Haushalt zu sorgen,
- durch Arbeit für den eigenen Unterhalt aufzukommen und
- mit den Mitmenschen so zurechtzukommen, daß sich die mitmenschlichen Kontakte lebensfördernd anstatt -zerstörend auswirken.

Mit anderen Worten: neben Psychopharmaka und Psychotherapie sind als Instrumente der Therapie von entscheidender Bedeutung:

- Wohnraum mit abgestuftem Beschützungs-Charakter

- Arbeitsplatz und
- soziale Betreuung, Hilfestellung in den Problemen des Alltags und der zwischenmenschlichen Beziehungen

Genau hier aber liegt der wunde Punkt unserer derzeitigen Bemühungen um die Rehabilitation psychisch Kranker: 'Wohnraum' und 'Arbeitsplatz' stehen nicht mehr ausreichend zur Verfügung und der Trend zur Sparpolitik verhindert eine Finanzierungsregelung für die soziale Betreuung!

Hier zeigt sich die katastrophale Auswirkung der mehr als 10-jährigen Verzögerung der Entwicklung gemeindenaher sozialpsychiatrischer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gegenüber der Entwicklung im Ausland. Während im Ausland der Aufbau teilstationärer und komplementärer Einrichtungen in die Zeit der Wirtschaftsblüte fiel und die Frage der Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit des Kranken von allgemeinem Interesse war, befaßt man sich in der Bundesrepublik erst in den 70er Jahren offiziell mit dem Problem der psychiatrischen Versorgung. In den 70er Jahren aber zeichnet sich das Ende der Wirtschaftsblüte der Nachkriegszeit ab. Die Wachstums-Euphorie weicht dem Schock von der Begrenzung der Rohstoffe und der Marktkapazität. Die Arbeitskraft als Wert von gesellschaftlicher Bedeutung verliert an Ansehen. In der Phase wirtschaftlicher Hochjunktur war es von gesellschaftlicher Bedeutung, durch Rehabilitationsmaßnahmen Behinderte aller Art arbeitsfähig zu machen.

Heute steht hinter den Rehabilitationsbemühungen nicht mehr die Dynamik wirtschaftlichen Bedarfs, sondern nur noch der gesetzliche Anspruch des Patienten auf Eingliederung in die Gesellschaft, auf Teilnahme am Leben der Gesellschaft.

Ein solch humanitärer Anspruch wäre ein schwacher Motor für den Ausbau von Hilfeelementen für psychisch Kranke und Behinderte zur Teilnahme am Leben der Gesellschaft, wenn nicht handfeste volkswirtschaftliche Argumente den humanitären Anspruch ergänzten. Als 'billig und heilsam' sind alle Maßnahmen zu bezeichnen, die einerseits den Heilungsprozeß fördern und andererseits - volkswirtschaftlich gesehen - in der Lage sind, Kosten einzusparen. Es ist erstaunlich, in welchem Maße die Bedürfnisse der Gemeindepsychiatrie der volkswirtschaftlichen Vernunft entgegenkommen:
'Billig und heilsam' ist es, die Behandlungsintensität am Ergehen des Patienten zu orientieren und mit möglichst geringen Eingriffen die Selbstheilungskräfte zu unterstützen.
'Billig und heilsam' ist der Grundsatz der Gemeindepsychiatrie vom Vorrang der ambulanten Betreuung vor der stationären Behandlung; und
'billig und heilsam' ist es, die Hilfe-Ressourcen in der Bevölkerung auszuschöpfen durch Bereitstellung von Einrichtungen und mobilen fachlichen Diensten, die den Angehörigen psychisch Kranker Hilfestellung und gegebenenfalls Entlastung bieten und dem Kranken behilflich sind, in seinem sozialen Umfeld das Leben zu meistern.

Was stört die Übereinstimmung der therapeutischen und volkswirtschaftlichen Vernunft? Es ist der betriebswirtschaftliche Zwang, d.h. die "Töpfchenwirtschaft" spezialisierter Ressorts, die jeweils zum sparsamen Umgang mit den ressorteigenen Haushaltsmitteln verpflichtet sind und Vernunftargumente den betriebswirtschaftlichen Zwängen unterordnen müssen.

Beispiel für die volkswirtschaftlich unvernünftige Auswirkung der "Töpfchenwirtschaft":

Topf A spart ein und streicht eine Stelle.

Topf B zahlt daraufhin die Arbeitslosenunterstützung.

Topf C vermißt die Lohnsteuereinnahme.

Topf D nimmt keine Sozialabgaben ein.

Topf E wird mit Behandlungskosten für psychische Dekompensation oder Suchterkrankung in Folge der Arbeitslosigkeit belastet.

Topf F kommt mit Sozialhilfe für den ganzen Schwerbenhaufen auf.

ad 3.1 Das System der konkurrierenden Finanzierung

Der Ausbau einer volkswirtschaftlich und therapeutisch vernünftigen Versorgung psychisch Kranker wird behindert durch die Finanzierungsmodalität rivalisierender "Töpfe".

Nachfolgend einige Beispiele für die kostensteigernde und therapiehemmende Auswirkung der Finanzierungspraxis:

1.) Verlängerung der stationären Verweildauer:

Therapeutisch sinnvoll und volkswirtschaftlich vernünftig ist die Verkürzung stationärer Behandlung zugunsten ambulanter Betreuung.
Tatsache ist, daß das Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29.6.1972 in Zusammenwirken mit der Bundespflegesatzverordnung vom 25.4.1973, die Kostenregulierung und die Personalausstattung des Krankenhauses am Krankenhausbett festmacht.

Konsequenzen:

- Der Bettenbelegungszwang aus Kostendeckungsgründen wirkt aufnahmefördernd und entlassungshemmend.

- Die Sparsamkeit in der Personalausstattung bremst die Bereitschaft, Patienten frühzeitig zu entlassen. Neuaufnahmen stellen höhere Anforderungen an das Personal als eingewöhnte Patienten, deren Therapie bereits Erfolge zeigt.

- Eine frühzeitige Entlassung aus stationärer Behandlung setzt zusätzliche Leistungen voraus, die finanziell nicht abgedeckt sind und zu Lasten des betriebswirtschaftlich sparsam bemessenen Personals gehen:

  1.) Hilfe bei der Lösung der Schwierigkeiten zuhause, im Bereich des Wohnens, der Arbeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen,

2.) kontinuierliche Weiterbehandlung durch den Therapeuten, der das Vertrauen des Patienten gewonnen hat.

Wie aber soll die nachhause begleitende Betreuung und Behandlung geleistet werden, wenn der Nachfolger im Krankenhausbett mit einem Berg neuer Probleme die Leistungskraft des Personals bindet?

Die Kontinuität der therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten kann nur gewahrt werden, wenn der Patient in stationärer Behandlung bleibt oder wenn der Therapeut die Genehmigung zu ambulanten Nebentätigkeiten hat und neben der Stationsarbeit Zeit erübrigen kann.

Letzteres ist die Ausnahme. Normalerweise zwingt die Entlassung des Patienten aus stationärer Behandlung zum Abbruch der therapeutischen Beziehung. Ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut ist nicht rezeptierbar und käuflich. Es wächst oder wächst nicht. Hat ein Patient erst einmal zu einem Therapeuten Vertrauen gefaßt, ist die Basis geschaffen für eine effektive Therapie.

Es versteht sich von selbst, daß eine Finanzierungsregelung, die die Entlassung des Patienten an einen Therapeutenwechsel koppelt, der erstrebenswerten Verkürzung des stationären Aufenthalts entgegenwirkt und die Dauer der Gesamtbehandlung verlängert.

Weitere Finanzierungszwänge wirken mit beim Sog ins Krankenhausbett:
der stufenweise Übergang ins Normalleben, entsprechend der wachsenden Belastbarkeit des Patienten, wird behindert durch versicherungsrechtliche Probleme.
Das Therapiekonzept der Anpassung der Behandlungsintensität an den Bedarf des Patienten strebt eine möglichst frühzeitige Verlegung des Patienten aus der Klinik in eine, für ihn geeignete, komplementäre Einrichtung an. Übergangsheim, Trainingswohnung und beschützte Wohngruppen bieten die Möglich-

keit abgestufter Anforderungen an den Patienten unter dosierter Reduzierung der Betreuungsintensität. Für den psychisch Kranken ist die Befähigung zur Meisterung von Alltagsproblemen Teil der Behandlung.

Nichtsdestotrotz endet die Finanzierung der Therapie durch die Krankenkassen am Ausgangstor der Klinik bzw. des Krankenhauses. Die Verlegung in ein Übergangsheim oder eine beschützte Wohngruppe macht den Patienten zum Selbstzahler oder zum Sozialhilfeempfänger, ungeachtet der Tatsache, daß die therapeutische Wirksamkeit komplementärer Einrichtungen in bestimmten Phasen der Behandlung höher einzuschätzen ist als die direkte ärztliche Leistung*. Der psychisch Kranke erlebt die Umstellung der Finanzierung seiner Behandlung von Kassenleistung auf Sozialhilfe als Akt der Ausgliederung und Degradierung. Folge: Der Therapeut behält den Patienten länger als sinnvoll in stationärer Behandlung, um die pathogene Wirkung der Umstellung in eine psychisch stabilere Phase des Patienten zu verlagern.

Fazit:
Es ist die Finanzierungsmodalität, die eine am Heilungsprozeß orientierte Minimaltherapie verhindert und die Gesamtkosten erhöht.

2.) Behinderung der ambulanten Versorgung:

Therapeutisch sinnvoll und volkswirtschaftlich vernünftig ist die Ergänzung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch soziale Hilfen im Sinne der Sozialpsychiatrie.
Tatsache ist, daß die Sozialarbeit als wichtiger Teil der Therapie psychisch Kranker durch die Krankenkassenleistung nicht abgedeckt ist. Tatsache ist, daß die Finanzierung sozialpsychiatrischer Dienste über die geltende Gebührenordnung selektiv diejenigen Leistungen honoriert, die auch von den niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten

---

* Die AOK Tübingen hat der Tübinger Nachsorgeklinik als Freiwilligkeitsleistung eine Tagessatzabrechnung ermöglicht.

erbracht werden. Die Gebührenordnung deckt dagegen nicht diejenigen Aktivitäten sozialpsychiatrischer Dienste ab, die für diese Dienste charakteristisch sind und sie zu nichtkonkurrierenden Einrichtungen der Ergänzung machen: die Leistungen im sozialen Umfeld des Patienten.

Dasselbe gilt für die Team-Praxis:
Ein Psychiater kann noch so sehr erkennen, daß sein Patient nicht gesunden kann, solange die Wohnsituation desolat ist, die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz ihm über den Kopf wachsen, die Nachbarn kein Wort mehr mit ihm reden und die Familie ihm Vorwürfe macht. Stellt der Psychiater einen Sozialarbeiter ein, der vor Ort Hilfe leistet, dann kann er dessen Leistungen mit der Kasse nicht abrechnen.

Fazit:
Die Krankenkassen behindern durch ihre Gebührenordnung nichtärztliche therapeutische Maßnahmen, die den Heilungsprozeß zu beschleunigen und die Kosten der Gesamtbehandlung zu reduzieren vermögen.

ad 3.2 Wohnraumverknappung

ad 3.3 Arbeitslosigkeit

Die Wohnraumverknappung und die schwierige Lage am Arbeitsmarkt sind zwei weitere Faktoren, die den Prozeß des Selbständigwerdens und damit den Gesundungsprozeß psychisch Kranker behindern bzw. psychische Dekompensation fördern.

Nach Aussagen eines Oberarztes der Nervenklinik scheitern zunehmend mehr Klinikentlassungen am fehlenden Wohnraum. Es muß die Verlängerung des stationären Aufenthalts in Kauf genommen werden, obwohl dies dem therapeutischen Anliegen widerspricht, unnötig hohe Kosten verursacht und die Bettenkapazität der Nervenklinik belastet.

Ähnliche Klagen werden vom Psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten, von der Nachsorgeklinik und von den Therapeutischen Wohngruppen für Jugendliche vorgebracht.

Die therapeutischen Wohngruppen erleben besonders gravierend die wachsenden Schwierigkeiten bei der beruflichen Integration ihrer Jugendlichen. Zunehmend mehr wird der Erfolg therapeutischer Einrichtungen im nachhinein zunichte gemacht durch das Fehlen von Wohnraum und Arbeit.

Die Rehabilitation kommt zum Erliegen, wenn das Ziel der Rehabilitation aus Gründen, die nicht im Kranken liegen, unerreichbar wird.

Alle therapeutischen Bemühungen zielen darauf ab, den Patienten in die Lage zu versetzen, ein selbständiges Leben zu führen. In einer Leistungsgesellschaft wie der unseren, in der die gesellschaftliche Anerkennung und das Selbstwertbewußtsein abgeleitet werden von der beruflichen Tätigkeit, steht und fällt die Rehabilitation seelisch Kranker mit der Wiedereingliederung in eine berufliche Tätigkeit. Arbeitslosigkeit führt zu seelischen Belastungen, die kaum von stabilen Menschen unbeschadet verkraftet werden. Um wieviel größer ist die Gefährdung des von psychischer Krankheit Genesenden. Erneute Dekompensation zerstört die therapeutische Bemühung vieler Monate und verursacht weitere Behandlungskosten.

Es ist demnach kostensparend und heilungsfördernd, dafür zu sorgen, daß der genesende psychisch Kranke in ein geeignetes Arbeitsverhältnis eingegliedert wird. Er wird durch seine Betätigung am Arbeitsplatz und den Kontakt mit den Arbeitskollegen psychisch stabilisiert. Er wird in die Lage versetzt, einen Rentenanspruch zu erwerben, seinen Kranken- und Arbeitslosenversicherungsbeitrag zu leisten und Steuern zu zahlen. Es bleibt ihm erspart, Arbeitslosenhilfe oder Sozialhilfe in Anspruch nehmen oder Familienangehörigen zur Last fallen zu müssen.

3.4 Fehlende Versorgungsverpflichtung der Einrichtungen

Solange die verschiedenen Dienste keine offizielle Versorgungsverpflichtung übertragen bekommen oder freiwillig übernehmen, vollzieht sich unterbewußt eine Patientenselektion zugunsten derjenigen Kranken,

- die kontaktfähig sind,
- die in der Lage sind, ihre Schwierigkeiten verbal zu äußern,
- die genügend Antrieb haben, die therapeutische Einrichtung aufzusuchen - entsprechend der Komm-Struktur der meisten Einrichtungen,
- die Anlaß geben zur Hoffnung auf Behandlungserfolg.

Ohne gemeindenahe Versorgung bleiben dagegen

- die Kranken, denen Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft fehlen,
- die Schwerkranken, die ihren Kontakt zu den Mitmenschen eingestellt haben,
- die Kranken der Unterschicht, die nicht in der Lage sind, ihre Befindlichkeitsstörungen, Wahrnehmungsstörungen und Ängste zu verbalisieren,
- die Alterskranken, gegen deren gemeindeferne Unterbringung im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten oder in Pflegeheimen kein Einspruch zu erwarten ist.

Diese Klientele der Schwergestörten, der Unzugänglichen, der Alten und der Unangenehmen fallen durch die Maschen freiwilliger Hilfsangebote. Wie die Studie von A. Finzen (1979) zeigt, macht auch die Tübinger Universitäts-Nervenklinik Gebrauch von der Möglichkeit, Patienten des genanten Schwierigkeitsgrades mit dem Hinweis auf die ausgebuchten Betten an das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten abgeben zu können.

Zwiefalten steht unter Versorgungsverpflichtung. Hier kann kein diensthabender Arzt der Mühseligkeit der Aufnahme eines unangenehmen Patienten ausweichen. Solange die Versorgungsverpflichtung für die psychisch Kranken des Landkreises Tübingen ausgelagert bleibt im entfernten Zwiefalten, solange werden Tübinger kranke und alte Bürger weiterhin am "Entwurzelungssyndrom" leiden und sterben.

Prof. Heimann - der Leiter der Universitäts-Nervenklinik Tübingen - sprach am 19.10.1983 im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der Kreisärzteschaft vom "Entwurzelungssyndrom" und der damit verbundenen hohen Sterblichkeitsrate der gemeindefern untergebrachten Alterskranken. Er sprach von der bitteren Tatsache, daß alte Tübinger Bürger ins ferne Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten verlegt werden müssen, wo der Verlust der vertrauten Gesichter zum raschen Tode führt. Seine Forderung nach Bereitstellung psychogeriatrischer Pflegeplätze in Tübingen ist der eine Schritt zur Lösung des bitteren Problems. Der zweite Schritt muß folgen: die Übernahme der Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Tübingen durch die Universitäts-Nervenklinik. Erst die Kombination der Maßnahmen schafft Abhilfe, stopft die Löcher im Hilfenetz, durch die Patienten 2. Klasse nach draußen fallen, und garantiert jedem Bewohner unseres Landkreises die Erreichbarkeit der Familienangehörigen und Freunde auch im Falle psychischer Erkrankung, wie sie garantiert ist im Falle körperlicher Erkrankung.

4 Versorgungslücken im Landkreis Tübingen

4.1 Defizit im Bereich der Prävention

Vorbemerkungen:

Ziel aller gemeindepsychiatrischen Bemühungen ist die Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit.

Während die Psychiatrie-Enquête den Schwerpunkt der Konzeption auf die professionellen Dienste zur Versorgung und Behandlung von psychisch Kranken legt und vorrangig die W i e d e r h e r s t e l l u n g von psychischer Gesundheit im Auge hat, betonen K. Dörner und seine Kollegen R. Köchert, G. v. Laer und K. Scherer (1979) die vorrangige Bedeutung der Mobilisierung von Selbsthilfekompetenz in der Bevölkerung mit dem Ziel der E r h a l t u n g seelischer Gesundheit. Der Schwerpunkt ihrer Konzeption liegt im Bereich der Prävention.

Der Mensch steht lebenslang in der Situation, mit Konflikten fertigwerden zu müssen. Stehen Schweregrad und Häufigkeit der Konflikte in einem ausgeglichenen Verhältnis zur seelischen Kraft des Menschen, so bewirkt ihre Meisterung ein Trainieren von Problemlösungsfähigkeiten, ein Trainieren von Selbsthilfekompetenz.

Wird dagegen die seelische Kraft des Menschen überfordert

- sei es durch anlagebedingte geringe Belastbarkeit,
- sei es durch entwicklungspsychologische Behinderung der Entfaltung eines tragfähigen Selbstwertgefühls,
- sei es durch soziale Isolation und mangelnde Ermutigung,

oder sei es durch Übermäßigwerden der Probleme, - was Häufigkeit und Schwere betrifft, dann kommt es zur psychischen Dekompensation.

Prävention ist alles, was beiträgt, Belastung und Belastbarkeit im Gleichgewicht zu halten; alles, was dem Menschen hilft, die Schwierigkeiten seines Lebens zu verkraften. Das sind einerseits Maßnahmen, die vermeidbare Probleme reduzieren und andererseits Maßnahmen, die die psychische Kraft des Menschen stärken.

Stärkend ist alles, was Isolation verhindert oder abbaut und den Menschen aktiviert:

Vereinsarbeit
Altenclubs
Straßen- und Hausfeste
Gemeindeaktivitäten
Zusammenarbeit in Parteien und Selbsthilfeorganisationen
Leben in Wohngemeinschaften
u.a.m.

Stärkend ist alles, was den Menschen ermutigt und sein Selbstwertgefühl stützt. Die Schlüsselrolle für das Selbstwertgefühl des Menschen liegt bei den Eltern, den Erziehern, den Lehrern und den Lehrplangestaltern. Was geschieht mit dem jungen Menschen im Laufe der Schulzeit? Wird er ermutigt?, zur Aktivität angeregt? Wird sein Selbstwertgefühl gestützt, wenn sein Repertoire an Fähigkeiten nicht dem Forderungskatalog der Schule entspricht?

Prävention heißt: fachliche Beratung der Menschen und Berufsgruppen, die Schlüsselrollen einnehmen in der psychischen Entfaltung des Menschen.

Nach K. Dörner et al. (1979, S. 137) sind alle Berufsgruppen, die mit Menschen umgehen "wichtige Schaltstellen für eine Lockerung oder Verstärkung des Problems eines Menschen". An diesen Schaltstellen gilt es präventiv einzugreifen:

Fachleute können ihre Wirkung multiplizieren, wenn sie Schlüsselpersonen zu problemlockerndem Umgang mit den ihnen anvertrauten Menschen befähigen. Nach K. Dörner et al. erfüllen die Fachleute ihre Aufgabe dann am besten, wenn sie durch fachliche Anleitung der Schlüsselberufe die Notwendigkeit zum direkten therapeutischen Eingreifen abbauen - mit anderen Worten: wenn sie durch ihr präventives Engagement ihren eigenen Therapie-Ast absägen.

Die Aufgabe der fachlichen Anleitung von Schlüsselberufen, die Institutionsberatung und die Arbeit mit Multiplikatoren gehören zum Aufgabenkatalog der Psychologischen Beratungsstellen.

Wie bereits unter B 2.1 erwähnt, haben die Psychologischen Beratungsstellen im Landkreis Tübingen nicht die Möglichkeit, die notwendige Arbeit mit Schlüsselberufen - ihre Beratung, Fortbildung und Supervision - in dem Maße wahrzunehmen, wie es geboten wäre. Die Personalressourcen der Psychologischen Beratungsstellen werden weitgehend vom direkten Klientenbedarf aufgezehrt. Die Personalressourcen der Schulpsychologischen Beratungsstelle des Oberschulamts sind sehr stark mit dem Auftrag der Schullaufbahnberatung belastet*.

Die Aufgaben der Prävention und der Früherkennung behandlungsbedürftiger Störungen können nicht ausreichend erfüllt werden. Gerade aber für die Früherkennung behandlungsbedürftiger Störungen von Kindern im Schulalter ist die Schulpsychologische Beratungsstelle die geeignete Einrichtung, da psychische Störungen von Kindern häufig in Gestalt von Schulängsten und Schulversagen in Erscheinung treten.

---

* Bezeichnenderweise trägt die Beratungsstelle den Namen "Bildungsberatungsstelle".

Zusammenfassung:

Im Bereich der Prävention besteht im Landkreis Tübingen ein Mangel an fachpsychologischer Beratung, Fortbildung und Supervision von Berufsgruppen, die mit jungen und erwachsenen Menschen umgehen.

Ziel der fachlichen Beratung:
Personen der genannten Berufsgruppen sollen befähigt werden,

- die Wirkung des eigenen Redens und Handelns einschätzen zu lernen,
- frühzeitig auf Konfliktzusammenballungen, Fehlentwicklungen und Hilferuf-Signale aufmerksam zu werden und
- sinnvolle Hilfestellung bei der Lösung von Problemen leisten zu können.

Des weiteren ist als unbefriedigend zu bezeichnen, daß die Schulpsychologische Beratungsstelle des Oberschulamts wegen unzureichender Personalausstattung und Auslastung mit Aufgaben der Bildungsberatung ihre Chance der Früherkennung von psychischen Störungen im Schulalter nicht im erforderlichen Maße nutzen kann.

4.2 Defizit im ambulanten Bereich

Die gute Versorgung des Landkreises Tübingen mit ambulanten Diensten in Gestalt von Praxen niedergelassener Nervenfachärzte und Psychotherapeuten und von klinischen Ambulanzen darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß gerade im ambulanten Bereich eine gravierende Lücke qualitativer Art besteht.

Alle vorhandenen Dienste stimmen überein in ihrer "Komm-Struktur" und decken damit den Bedarf einer ähnlichen Klientel ab. Alle vorhandenen Dienste haben ein Defizit an sozialpsychiatrischen Therapiekomponenten mangels Finanzierungsmöglichkeit von Sozialarbeit.

Es gibt im Landkreis Tübingen keinen ambulanten Dienst, der psychisch Kranken im wörtlichen Sinn "zu Hilfe kommt", um ihnen beizustehn bei der Lösung von Familien- und Nachbarschaftskonflikten, bei Konflikten am Arbeitsplatz, Wohnungsproblemen u.a.m. Es gibt keinen Dienst, der diejenigen Patienten zuhause aufsucht, die nicht in der Lage sind, die Hemmschwelle der "Komm-Struktur" zu überwinden: die chronisch Kranken, die Kranken ohne Einsicht in ihre Behandlungsbedürftigkeit, die Antriebslosen, die Unterschichtangehörigen, welche die verbale Interaktion scheuen, die psychisch gestörten alten Menschen und die Suchtkranken.*

Der Landkreis Tübingen benötigt dringend einen Sozialpsychiatrischen Dienst, der diese Aufgabe wahrnimmt. Eine rein numerische Vermehrung von Facharzt- und Psychotherapeutenpraxen mit Komm-Struktur und fehlender Sozialbetreuung schließt nicht die Versorgungslücke.

---

* Die Psychologische Beratungsstelle für ältere Menschen ist bereit, auf Wunsch Hausbesuche durchzuführen. Ihre derzeitige Personalkapazität ist jedoch dem Bedarf an nachgehender Hilfe für ältere Menschen nicht gewachsen.

4.3 Defizit im stationären Bereich

Rein quantitativ gesehen besteht kein Mangel an gemeindenahen psychiatrischen Betten zur Versorgung der psychisch kranken Bürger des Landkreises Tübingen: Die Psychiatrie-Enquête vertritt die Ansicht, daß Universitäts-Nervenkliniken mit einer Kapazität von 120 Betten

> mit etwa zwei Drittel ihrer Bettenkapazität - im Interesse der Lehre und Weiterbildung - allgemeine Versorgungsaufgaben wahrnehmen und mit etwa einem Drittel der stationären Plätze sich auf besondere Forschungs- und Entwicklungsaufgaben konzentrieren können
>
> (Drucksache 7/4200, S. 221)

Im Falle der Tübinger Universitäts-Nervenklinik mit ihren 148 psychiatrischen Betten könnten demnach 98 Betten der allgemeinen Versorgung gewidmet sein, ohne Beeinträchtigung der Forschung.

Wie bereits im Teil B dieser Arbeit erwähnt, hat A. Finzen in seiner Veröffentlichung von 1979 einen Bettenbedarf der Universitäts-Nervenklinik für die Vollversorgung des Landkreises Tübingen von 68 Betten im Jahr 1971 berechnet (A. Finzen 1979, S. 108). Das heißt: selbst unter den vergleichsweise ungünstigen Bedingungen, die der Bedarfsanalyse von A. Finzen zugrundeliegen, wäre die Universitäts-Nervenklinik in der Lage, bei voller Versorgung des Landkreises Tübingen und bei Gewährleistung der Forschung zusätzlich mit 30 Betten überregionale Aufgaben wahrzunehmen.

Es ist demnach kein quantitatives Problem, unter dem die stationäre Versorgung psychisch kranker Landkreisbewohner zu leiden hat. Es ist ein organisatorisches Problem: Solange die Universitäts-Nervenklinik nicht die Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Tübingen übernimmt, solange wird es für einen Teil der Landkreisbevölkerung keine stationäre psychiatrische Versorgung in Reichweite der Familienangehörigen und Freunde geben.

Die nachteiligen Folgen der Ausquartierung psychisch kranker Tübinger in das 68 km entfernte Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten wurden bereits unter Abschnitt B 2.3 dargestellt.

Im Interesse der Gleichstellung von seelisch und körperlich kranken Landkreisbewohnern darf es dem Tübinger Landrat und Kreistag nicht gleichgültig sein, daß ein Teil der psychisch kranken Bürger im eigenen Landkreis keine stationäre Behandlung geboten bekommen. Welcher Tübinger Bürger wird gezwungen, einen Knochenbruch in Riedlingen behandeln zu lassen?!

Dem genannten Mangel wird abgeholfen, wenn die Tübinger Universitäts-Nervenklinik sich bereiterklärt, die volle Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Tübingen zu übernehmen.

4.4 Defizit im komplementären Bereich

4.4.1 Übergangseinrichtungen

Wie bereits erwähnt, wird die stationäre klinische Behandlung in vielen Fällen verlängert durch den Mangel an komplementären Einrichtungen mit abgestufter Betreuungsintensität*.

Der Landkreis Tübingen benötigt Einrichtungen, die einen schrittweisen Übergang von der Vollversorgung im Krankenhausbett zur Selbstversorgung "auf freier Wildbahn" ermöglichen: Übergangsheim-Plätze und beschützte Wohngruppen. Übergangsheime konfrontieren die Patienten, bei vollem Behandlungsprogramm, bereits mit Alltagsaufgaben und bereiten sie vor auf die erweiterte Selbständigkeit in beschützten Wohngruppen. Es fehlen im Landkreis Tübingen entsprechende abgestufte Angebote, die es ermöglichen, die Betreuungsintensität dem Befinden und der Belastbarkeit des Patienten anzupassen, - die den gestuften Übergang ins Normalleben ermöglichen.

4.4.2 Wohnheime und Pflegeheime

Daneben fehlen im Landkreis Tübingen Wohnheime, in denen chronisch Kranke auf unbestimmte Dauer in beschütztem Milieu leben können, in der vertrauten Umgebung Tübingens und in Reichweite der Angehörigen und Freunde (siehe B 2.5.1).

---

* Im Sinne der Verlängerung stationärer Behandlung wirkt auch die Finanzierungsregelung, die den psychisch Kranken beim Übergang in die Behandlung komplementärer Einrichtungen vom Kassenpatienten zum Selbstzahler bzw. Sozialhilfeempfänger macht.

Im Zuge der Regionalisierung der Versorgung psychisch Kranker, beschränken sich Wohn- und Pflegeheime der Nachbarlandkreise zunehmend mehr auf die Aufnahme von Bewohnern der eigenen Landkreise.

Vertreter des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Zwiefalten beklagen die fatale Situation, bei der Entlassung Tübinger Bürger immer häufiger auf dubiöse Pflegeheime privater Unternehmer in Ex-Sanatorien des Schwarzwaldes zurückgreifen zu müssen, weil der Landkreis Tübingen - im Gegensatz zu den Kreisen Reutlingen und Esslingen - über kein eigenes Wohnheim und Pflegeheim verfügt. Hier ist der Mangel eklatant und Abhilfe dringend geboten.

Es macht einen Unterschied in der Lebensqualität, ob ein Hilfsbedürftiger in einem fernen Schwarzwaldheim auf Dauer untergebracht wird, oder ob er in der ihm vertrauten Umgebung Lebensraum geboten bekommt, mit der seiner Hilfsbedürftigkeit angemessenen Betreuung, und dabei freier Bürger bleibt, der kommen und gehen kann, wann er will, der die kulturellen und geselligen Einrichtungen der Stadt nutzen kann oder auch nicht - der mit und trotz seiner Behinderung teilnehmen kann am Leben der Gemeinschaft.

Besonders dringlich sind Langzeitpflegeplätze für psychisch gestörte alte Menschen in Reichweite der Angehörigen. Die Unterbringung der Alterskranken im fernen Psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten oder in einem der Schwarzwald-Heime führt zum Verlust der vertrauten Gesichter und kommt praktisch einem Todesurteil gleich.

Prof. Heimann hat am 19.10.1983 - wie bereits unter Punkt C 3.4 erwähnt - auf das "Entwurzelungssyndrom" gemeindefern untergebrachter alter Menschen hingewiesen und auf die damit verbundene hohe Sterblichkeitsrate.

4.4.3 Tagesstätten

Tagesstätten sind Einrichtungen zur Versorgung und Beschäftigung von psychisch Behinderten während des Tages - mit dem Ziel, Isolation und Unterstimulation der Behinderten zu vermeiden und die Angehörigen zu entlasten. Durch die Entlastung der Angehörigen leisten die Tagesstätten einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Heimunterbringung.

Gerade die Heimunterbringung psychisch gestörter alter Menschen kann vermieden werden, wenn die Familienangehörigen tagsüber Entlastung geboten bekommen.

Im Kreis Tübingen gibt es bislang weder eine Tagesstätte für gestörte alte Menschen noch eine Tagesstätte für chronisch Kranke, die keiner geregelten Tätigkeit nachgehen und ihren Tag nicht in eigener Initiative gestalten können.

4.4.4 Kurzzeitpflegeplätze

Familien, die jahraus jahrein die Last der Pflege behinderter und alter Angehöriger tragen, sind darauf angewiesen, im Urlaub entspannen zu können, um neue Kräfte zu sammeln für ihre beschwerliche Aufgabe.

Voraussetzung für die Freistellung der Familie während der Urlaubszeit ist ein Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen, wo die Behinderten und Gebrechlichen angemessene Pflege und Zuwendung erfahren.

Das neu errichtete Seniorenzentrum in Dettenhausen bietet die Möglichkeit, alte Menschen während der Abwesenheit der Familienangehörigen kurzfristig aufzunehmen und zu versorgen. Personen mit psychotischer Symptomatik würden jedoch die Pflege- und Betreuungskapazität überfordern, zumal die Trennung von den vertrauten Gesichtern die psychischen Störungen verschärfen könnte.

Die Schaffung von Tagesstätten und Kurzzeitpflegeplätzen bietet den Familien die notwendigen Erleichterungen, die es ihnen ermöglicht, ihre psychisch behinderten und alten Angehörigen zuhause zu behalten.

Die Bereitstellung von Tagesstätten und Kurzzeitpflegeplätzen ist als Maßnahme zur Einsparung von Heimkosten von öffentlichem Interesse.

4.5 Defizit im Bereich der Rehabilitation

4.5.1 Wohnraum für ehemalig psychisch Kranke

4.5.2 Arbeit für ehemalig psychisch Kranke

Die Wiedereingliederung ins gesellschaftliche Leben nach einer seelischen Erkrankung steht und fällt mit dem Vorhandensein von Wohnraum und Arbeit. Jeder Mensch, und ganz besonders der leicht verletzbare ehemalig psychisch Kranke, benötigt zur Entfaltung seines persönlichen Lebens einen Raum, der seine Intimität vor der Außenwelt schützt.

Die derzeitige Wohnraumverknappung läßt gerade psychisch Kranke in unverschuldete Notlagen geraten. Welcher Vermieter ist bereit, das Mietverhältnis mit einem Menschen aufrechtzuerhalten, der in der akuten Erkrankungsphase seine Umgebung gestört und geängstigt hat?! Welcher Vermieter ist bereit, ein Mietverhältnis einzugehen mit einem Menschen, der aus der Nervenklinik oder gar aus "Zwiefalten" kommt?! Der Konkurrenzkampf auf dem Wohnungsmarkt gibt dem ehemalig psychisch Kranken keine Chance. Hier setzt der Anspruch auf Eingliederungshilfe ein: auf Hilfe! nicht nur auf Geld.

Noch hoffnungsloser ist die Chance der psychisch Kranken auf dem Arbeitsmarkt. E. Wulff hat in einer Fragebogenuntersuchung in Hannover 1979 festgestellt, daß psychisch Kranke in besonders hohem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen waren und bereits vor dem endgültigen Arbeitsplatzverlust einen beruflichen Abstieg hinnehmen mußten (E. Wulff 1981, S. 115-185).

Im vorangehenden Kapitel wurde bereits auf die stabilisierende Funktion von Arbeit hingewiesen, soweit sie die Möglichkeit bietet, das Selbstwertgefühl zu stärken und der Isolation entgegenzuwirken. Allein die Tatsache, durch Arbeit für den eigenen Lebensunterhalt selbst aufkommen zu können und nicht auf Sozialhilfe oder auf die finanzielle Unterstützung der Familienangehörigen angewiesen zu sein, kräftigt das Bewußtsein vom eigenen Wert. Arbeitslosigkeit beeinträchtigt die stabilsten Menschen. Für den ehemalig psychisch Kranken bedeutet sie das Risiko, erneut zu erkranken.

TEIL D SCHLUSSFOLGERUNGEN - HANDLUNGSSTRATEGIEN SOZIALHYGIENISCHE FORDERUNGEN

Es ist das Anliegen dieser Arbeit, durch die Erfassung der Einrichtungen zur Behandlung und Betreuung psychisch Kranker und durch Auswertung ihrer Erfahrungen k o n k r e t e H a n d l u n g s s t r a t e g i e n z u g e w i n n e n für alle - im Landkreis Tübingen am Ausbau der Versorgung psychisch Kranker beteiligten - Träger, Versorgungseinrichtungen, kommunalen Gremien und engagierten Bürger.

Im folgenden werden Vorschläge gemacht

1. für Initiativen zur Veränderung der effektivitätshemmenden Finanzierungsmodalitäten auf örtlicher und überörtlicher Ebene
2. für Verbesserungen der Prävention
3. für Maßnahmen zur Beseitigung von Versorgungslücken im Landkreis Tübingen

1 Initiativen zur Veränderung der Finanzierungsmodalitäten auf örtlicher und überörtlicher Ebene

Im vorangehenden Teil C 3 wurde gezeigt, daß die Finanzierungsmodalität konkurrierender Geldgeber die Effektivität therapeutischer Bemühungen schwerwiegend beeinträchtigt und dem gemeindepsychiatrischen Grundsatz des am Patienten orientierten minimalen Eingriffs entgegenwirkt.

Therapeutisch sinnvolle und kostengünstige Maßnahmen können nicht rechtzeitig durchgeführt werden, weil sie im Leistungskatalog der Krankenkassen nicht enthalten sind.

Die Krankenkassen blenden in ihrem Leistungskatalog aus dem Repertoire der kombinierten therapeutischen Verfahren den sozialpsychiatrischen Anteil aus - ungeachtet der Tatsache, daß in bestimmten Phasen der Therapie Maßnahmen der sozialen Wiederbelebung größere Bedeutung haben können als die direkten ärztlichen Leistungen.

Die für die Gesundheitssicherstellung der Landkreisbevölkerung verantwortlichen Männer und Frauen sollten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln, dafür einsetzen:

- daß die Maßnahmen der sozialen Wiederbelebung psychisch Kranker als Teil der Therapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden, zum Zweck der Optimierung nervenfachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung,

- daß die Finanzierung sozialpsychiatrischer Dienste umgehend geregelt wird, im Interesse der Vermeidung stationärer Behandlung,

- daß ein abgestufter Übergang von klinischer Behandlung ins Normalleben ermöglicht wird durch krankenversicherungsrechtliche Anerkennung der Übergangseinrichtungen als vollwertige Glieder der Therapiekette,

- daß die Krankenhausfinanzierung nicht weiterhin eine frühzeitige Entlassung des Patienten aus stationärer Behandlung behindert:

Die Personalausstattung psychiatrischer Krankenhäuser muß ein Kapazitätspolster erhalten,

- das nachhausebegleitende Leistungen ermöglicht,

- das die sogenannte "graue Ambulanz" zur Erhaltung der Kontinuität der Patienten-Therapeuten-Beziehung über den Zeitpunkt der Entlassung hinaus absichert,

- das die erhöhte Personalbelastung bei Verkürzung der Aufenthaltsdauer berücksichtigt.

2 Verbesserung der Prävention im Landkreis Tübingen

Nachfolgend werden Grundsätze genannt, deren Berücksichtigung die Möglichkeit schafft, langfristige und kostspielige professionelle Behandlung zu vermeiden:

2.1 Grundsatz I: Vorbeugend wirkt alles, was Isolation verhindert

An diesem Grundsatz orientiert können kommunalpolitische und bürokratische Entscheidungen präventive Wirkung haben, z.B.:

- wenn Gemeinderäte den Trend zum 1-Zimmer-Appartement abbremsen zugunsten von größeren Wohnungen, die Familien Platz bieten und das Leben in Wohngemeinschaften ermöglichen;

- wenn Ortssanierungen auf gewachsene Wohnstrukturen Rücksicht nehmen;

- wenn Straßenfeste, Gemeindefeste, Vereinsfeste und sonstige Formen von Kommunikation von seiten der Verwaltung gefördert werden, und die Auflagen der Verwaltung vorab auf ihre Unverzichtbarkeit geprüft werden - in pflichtgemäßem Ermessen;

- wenn Aktivitäten von Selbsthilfegruppen oder ehrenamtliches Engagement von Bürgern Unterstützung findet und nicht über Verwaltungsvorschriften zu Fall gebracht werden.

Wo immer die Voraussetzungen geschaffen werden, daß der Mensch mit seinem Mitmenschen und für seinen Mitmenschen aktiv werden kann, da wird ein Stück Prävention geleistet - ein Beitrag zur Vorbeugung von psychischer Destabilisierung.

2.2 Grundsatz II: Vorbeugend ist alles, was das Selbstwertgefühl des Menschen schont und stärkt

Der Grundsatz II wendet sich in erster Linie an Eltern, Erzieher und Lehrer. In der Kindheit und Pubertät werden die Weichen gestellt für die seelische Tragfähigkeit des Menschen: Achtung oder Mißachtung, Angenommensein oder Ablehnung, Anerkennung oder Kränkung - das alles prägt das Bild vom eigenen Wert und Unwert.

2.2.1 Elternschulen, Erziehungsberatung und Arbeit mit Elterngruppen sind Maßnahmen der Prävention, wie sie bereits von verschiedenen Seiten im Landkreis Tübingen angeboten werden. Es sind wertvolle Angebote, die vorwiegend der Mittelschicht zugutekommen, weil sie vorwiegend von Eltern der Mittelschicht in Anspruch genommen werden.

2.2.2 Präventive Maßnahmen zugunsten von Unterschichtfamilien setzen ausreichend Personal in den Jugendämtern bzw. im Allgemeinen Sozialdienst voraus. Die Personalausstattung muß so ausreichend sein, daß neben den Interventionen in akuten Notfällen Zeit bleibt, bei Erziehungs- und Familienproblemen frühzeitig Hilfestellung zu bieten, bevor es zu Notfällen und zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Kinder kommt.

2.2.3 Die psychische Prägung der Kinder durch die Familie wird ergänzt durch die Schule. Es ist im Interesse unseres Landkreises, daß die Lehrer sämtlicher Schulen im Kreis Tübingen das Angebot fachpsychologischer Beratung für ihre Arbeit bekommen. Der Umgang mit schwierigen Kindern setzt

Kenntnisse voraus, über die die Lehrer nach der derzeitigen Ausbildung nicht verfügen.

Verhaltensauffälligkeiten können Hilferuf-Signale sein, die, ohne fachliche Anleitung, als solche nicht erkannt werden. Oft reagieren gerade die Personen, an die sich der kindliche Hilferuf richtet, problemverstärkend, weil sie die Verhaltensstörung als Belästigung erleben. Mit relativ geringem Aufwand an fachlicher Supervision kann die Bezugsperson problemlockernd reagieren und Fehlentwicklungen abbremsen.

Es genügt nicht nur, die psychologische Beratung, Fortbildung und Supervision für Lehrer von der Angebotsseite zu sichern. Es müssen auch die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden, die es den Schulen und Lehrern ermöglichen, vom Angebot der Psychologen Gebrauch zu machen.

Der Grundsatz II vom sorgsamen Umgang mit dem Selbstwertgefühl eines Menschen gilt selbstverständlich für alle Altersstufen. Alle Berufsgruppen, die mit Menschen umgehen, können präventiv wirksam werden, wenn sie entsprechende Anleitung bekommen. Die Anleitung und Fortbildung solcher Berufsgruppen multipliziert die Wirkung von Fachleuten (siehe C 4.1).

3 Maßnahmen zur Beseitigung von Versorgungslücken im Landkreis Tübingen

3.1 Bereich der Prävention

Den vorangegangenen Ausführungen über mobilisierbare präventive Ressourcen sind zwei Folgerungen zu entnehmen:

3.1.1 Jugendamt und Allgemeiner Sozialdienst müssen personell in die Lage versetzt werden, neben den Aufgaben der Notfallhilfe endlich auch Hilfe zur Vermeidung von Schäden anbieten zu können.

Landrat Heinz Reichert, Enzkreis, hat als Vorsitzender des Sozialausschusses des Landkreistags Baden-Württemberg zum Thema "Soziale Leistungspflicht der Landkreise in gegenwärtiger Zeit" erklärt:

> Man muß die präventive Jugendhilfe ernst nehmen, muß die Familie abstützen und ihre Erziehungskraft stärken, auch wenn man dazu Fachpersonal investieren muß.
>
> (Landkreis-Nachrichten 22, 1983, S. 76)

3.1.2 Die Psychologischen Beratungsstellen müssen personell in die Lage versetzt werden, Lehrern und anderen Berufsgruppen die mit Menschen umgehen, fachliche Beratung anbieten zu können*.

---

* Unter den derzeitigen personellen Voraussetzungen ist die Kapazität der Psychologischen Beratungsstellen weitgehend durch Einzelfallbetreuungen ausgelastet. Im Interesse der Vorbeugung psychischer Störungen sollten die Tätigkeitsfelder der Institutionsberatung und der Arbeit mit Multiplikatoren ausgebaut werden.

3.2 Ambulante Versorgung - Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Landkreis Tübingen benötigt einen ambulanten Dienst zur Betreuung von psychisch Kranken, der die qualitative Lücke im ambulanten Versorgungsbereich schließt. Benötigt wird die Kombination von Sozialbetreuung mit Geh-Struktur, Anleitung von Laienhelfern und Club-Arbeit.

Dem entspricht der sozialpsychiatrische Dienst, wie er vom Landkreistag als der "wichtigste Knotenpunkt im Hilfenetz" (Landkreistag-Empfehlungen 1981, S. 24) empfohlen wird:

> Der sozial-psychiatrische Dienst hat ... im wesentlichen drei Hauptaufgaben:
>
> - Er soll psychisch Kranke nach der Entlassung aus der Klinik oder aus dem Übergangsheim in die Normalität hineinbegleiten, ihn und sein soziales Umfeld dabei stützen und ihn vor Rückfällen bewahren.
> - Er soll in Krisensituationen früherer psychisch Kranker sofort helfend eingreifen oder Hilfe vermitteln.
> - Er soll psychisch labile Menschen in einem möglichst frühen Stadium der Erkrankung oder sogar schon im Vorfeld erreichen, sie für eine medizinische Behandlung gewinnen und die im Zusammenhang mit der Erkrankung entstandenen psycho-sozialen Probleme (Familie, Arbeit, Wohnumwelt usw.) in einem Hilfeprozeß zu lösen versuchen.
>
> Neben der selbstverständlichen Zusammenarbeit mit allen Stellen, deren Beteiligung für eine wirksame Hilfe erforderlich ist, soll der sozial-psychiatrische Dienst im Rahmen der Nachsorge Laienhelfer gewinnen und anleiten und Patientenclubs initiieren und mit betreuen.
>
> (a.a.O.)

Der einleitend genannte Bedarf des Landkreises Tübingen erlaubt ziemlich genau die Übernahme der Konzeption des Landkreistags. Ungeklärt ist bislang die Trägerschaft und Finanzierung des sozialpsychiatrischen Dienstes.

Während der Diskussion des Problems im Psychosozialen Arbeitskreis Tübingen war sich die Mehrheit der beteiligten Dienste und Einrichtungen darin einig, daß die Angliederung des sozialpsychiatrischen Dienstes an die Sozialstationen größtmögliche Vorteile böte:

- den Vorteil der Gemeindenähe mit optimaler Ortskenntnis und Vertrauensbasis
- den Vorteil der regionalen Verteilung
- den Vorteil der Mischfinanzierung

Die Schwestern der Sozialstationen genießen das Vertrauen der Bevölkerung. Ihre Arbeit führt sie in die Häuser. Sie können "psychisch labile Menschen in einem möglichst frühen Stadium der Erkrankung oder sogar schon im Vorfeld erreichen" und "sie für eine medizinische Behandlung gewinnen" (a.a.O.). Es gehört bereits jetzt zu den Aufgaben der Sozialstationsschwestern, auf ärztliche Anordnung die Applikation der Medikamente bei psychisch Kranken vorzunehmen. Das schafft eine zwischenmenschliche Beziehung, die es ermöglicht, "in Krisensituationen früherer psychisch Kranker sofort helfend ein(zu)greifen oder Hilfe (zu) vermitteln" (a.a.O.).

Selbstverständlich ist die Übernahme der zusätzlichen Aufgaben durch die Sozialstationen an die Voraussetzung der Personalaufstockung gebunden. Die Betreuung psychisch Kranker erfordert Zeit und Ruhe für Gespräche. Durch ausreichend Zuwendung kann eine Vertrauensbasis geschaffen werden, die den Patienten für Hilfe erreichbar macht, wenn sein Zustand sich verschlechtert.

Es ist durchaus kritisch zu hinterfragen, ob die genannten Teilfunktionen des sozialpsychiatrischen Dienstes, die Funktionen

- der Zuwendung
- der Beobachtung
- der Früherkennung von Destabilisierung und
- der rechtzeitigen Hilfevermittlung

spezialisierte Fachkräfte voraussetzt. Alle Sozialstationsschwestern könnten diese Form von Betreuung psychisch Kranker an vorderster Front leisten,

- wenn sie von den Fachleuten angeleitet und fortlaufend beraten würden wie die Laienhelfer der Telefonseelsorge und des Arbeitskreises Leben und

- wenn ihnen durch Personalvermehrung die notwendige Zeit für den Gesprächskontakt mit den Klienten und für die eigene Fortbildung und Supervision zur Verfügung gestellt würde.

Für die Funktionen der Zuwendung, Beobachtung, Früherkennung und rechtzeitigen Hilfevermittlung sind weniger Fachkenntnisse von Bedeutung als vielmehr der enge Kontakt zur Bevölkerung.

Die Übernahme von Teilfunktionen aus dem Leistungskatalog des sozial-psychiatrischen Dienstes durch die nichtspezialisierten Schwestern der Sozialstationen bietet, neben den bereits genannten Vorteilen der Gemeindenähe, der regionalen Verteilung und Mischfinanzierung, die weiteren Vorteile

- der Ausweitung von Kompetenz im Umgang mit psychisch kranken, unter fachlicher Anleitung,

- der Vermeidung der umstrittenen Spezialisierung innerhalb der Sozialstationen,

- der Gleichstellung von körperlich und seelisch Kranken durch die Zuständigkeit derselben Schwester der Sozialstation.

Zusammenfassend kann gesagt werden:
Die Schwestern der Sozialstationen sind - vor allem im ländlichen Raum - durch ihre gesellschaftliche Funktion prädestiniert, die Aufgaben der Früherkennung psychischer Destabilisierung und der rechtzeitigen Hilfevermittlung zu übernehmen.

Hier stellt sich die Frage, welche Hilfen zum jetzigen Zeitpunkt von den Sozialstationsschwestern vermittelt werden können und für welche Funktionen bislang kein ausreichendes Hilfsangebot zur Verfügung steht.

Die Schwestern können, bei Bedarf, nervenfachärztliche und psychotherapeutische Behandlung vermitteln.
Sie können in Krisenfällen, auf Anordnung des Arztes, die Applikation der Psychopharmaka vornehmen.
Sie können Nachbarschaftshilfe, Essen auf Rädern und Haushaltshilfe vermitteln.
Sie können Kontakte vermitteln zwischen Laienhelfern und Patienten.
Sie können Patienten und einsame Personen animieren, an den Aktivitäten des Patientenclubs teilzunehmen und sie können - dank ihrer guten Kontakte zur Bevölkerung - geeignete Personen motivieren, ehrenamtliche Mitarbeiter der Laienhilfe zu werden.

Nicht vermitteln können sie bislang Fachpersonal, das die Aufgaben wahrnimmt, des psychisch Kranken "soziales Umfeld (zu) stützen" und "die im Zusammenhang mit der Erkrankung entstandenen psycho-sozialen Probleme (Familie, Arbeit, Wohnumwelt usw.) in einem Hilfeprozeß zu lösen ..." (a.a.O.) Dazu gehört das Fachwissen eines Familientherapeuten und eines Sozialarbeiters. Stellen für Fachleute der genannten Qualifikation sind neu einzurichten als Teil des sozialpsychiatrischen Dienstes.

Nach dem bisher Gesagten ist durchaus zu prüfen, ob es nicht vorteilhaft wäre, den sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Tübingen als ein "Flickwerk" aus verschiedenen Leistungserbringern mit vereinbartem Leistungsangebot aufzubauen - unter Ausnutzung der gewachsenen Strukturvorteile der mitwirkenden Organisationen - und darüber hinaus die fehlenden oder mangelhaften Angebote zu ergänzen.

Dieses Konzept der Kooperation verschiedener Dienste mit vereinbartem Angebot von Teilleistungen aus dem Aufgabenkatalog eines sozialpsychiatrischen Dienstes vermag nicht nur die derzeitigen Finanzierungsprobleme zu entschärfen, es bietet vor allem den entscheidenden Vorteil der Verwurzelung in den Gemeinden von Anfang an. Die Integrierung der Sozialstationen erlaubt, die Vertrauensbasis der Sozialstationsschwestern in der Bevölkerung für die Erfüllung der sozialpsychiatrischen Aufgaben nutzbar zu machen.

Für das Aufgabenbündel der Organisation von Laienhilfe und Patientenclubs wurde bereits eine Stelle beim "Arbeitskreis Leben" geschaffen, die ihre Leistung in den sozialpsychiatrischen Dienst einbringen kann.

Die Aufgabe der Supervision und Anleitung der Sozialstationsschwestern könnte von den Psychologischen Beratungsstellen in Zusammenarbeit mit der Nervenklinik erbracht werden*.

Die Aufgabe der nachgehenden psychosozialen Betreuung älterer Menschen wird in Ansätzen bereits von der Psychologischen Beratungsstelle für Ältere wahrgenommen. Es erscheint sinnvoll, diese Beratungsstelle mit geeigneten Fachkräften personell aufzustocken und ihr die nachgehende fachliche Hilfe für psychisch gestörte ältere Menschen im Landkreis Tübingen zu übertragen.

Die sozialpsychiatrische nachgehende Betreuung der Altersgruppe der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen sollte vom Personal der Kinder- und Jugendpsychiatrie geleistet werden, das in den meisten Fällen bereits das Vertrauen der betroffenen Familien genießt. Die Übertragung der Teilfunktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes für die Kinder- und Jugendklientel auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie der

---

* Unter D 3.1.2 wurde bereits auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Personallage der Psychologischen Beratungsstellen zu verbessern mit dem Ziel, die Multiplikatorarbeit und Institutionsberatung im Landkreis Tübingen zu forcieren.

Universität Tübingen ist an die Voraussetzung eines verbesserten Personalschlüssels gebunden.*

Für die nachgehende fachliche Betreuung der Suchtkranken sind die beiden Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke zuständig. Der Betreuung von Suizidgefährdeten widmet sich der Arbeitskreis Leben. Übrig bleibt die Frage der Anbindung der sozialpsychiatrischen Fachkräfte für die nachgehenden Hilfen für psychisch kranke, vor allem psychotische Erwachsene. Die Zielgruppe Sozialpsychiatrischer Dienste sind diejenigen Patienten, die von sich aus die niedergelassenen Ärzte nicht aufsuchen (vgl. S. 75/76). Ihre Behandlung erfolgt zumeist stationär - häufig nach Zwangseinweisungen. Zwangseinweisungen ließen sich vermeiden und stationäre Behandlungszeiten abkürzen, wenn eine Person des Vertrauens aus dem therapeutischen Team der stationären Einrichtung die Möglichkeit bekäme, dem Patienten nachgehende Hilfe zu leisten. Für den Landkreis Tübingen empfiehlt es sich, die Aufgabe der sozialpsychiatrischen Nachsorge der Universitäts-Nervenklinik Tübingen zu übertragen.**

Das "Flickwerk"-Konzept kommt den Intentionen der Gemeindepsychiatrie entgegen, eine Gemeinschaft zu befähigen, mit den psychischen Problemen ihrer Bürger umgehen zu lernen wie mit ihren körperlichen Problemen! Die Betreuung der psychisch gestörten Menschen durch nichtspezialisierte Sozialstationsschwestern und ehrenamtliche Laienhelfer - jeweils unter fachlicher Anleitung - weitet die Kompetenz im Umgang mit psychisch Kranken in der Bevölkerung aus und wirkt so der Spezialisierung und Professionalisierung entgegen.

---

* Die Gewährleistung der Nachbetreuung durch Angehörige des therapeutischen Teams ermöglicht frühzeitige Entlassung aus stationärer Behandlung und entsprechende Kosteneinsparungen zugunsten der Krankenkassen.

** Die Universitäts-Nervenklinik Tübingen ist nach Übernahme der vollen Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Tübingen stationärer Hilfekern und entsprechend dem Vorbild von Möchengladbach der geeignete Träger sozialpsychiatrischer Nachsorge für die Klientel der chronisch psychotischen Patienten (vgl. S. 52/53).

Das hier vorgelegte Konzept der Kooperation verschiedener Träger mit vereinbarten Angeboten setzt voraus, daß die Erbringer von Leistungen aus dem Leistungskatalog des sozialpsychiatrischen Dienstes teilhaben an gemeinsamen Dienstbesprechungen, Fortbildung und Supervision.

Je mehr Leistungserbringer an der Erfüllung der sozialpsychiatrischen Aufgaben beteiligt werden, desto wichtiger ist die Pflege der Zusammenarbeit.

Zusammenfassung: Sozialpsychiatrischer Dienst im Landkreis Tübingen

Vorschlag für den Aufbau eines Sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis Tübingen nach der Konzeption der "Kooperation von Diensten mit vereinbartem Angebot von Teilleistungen aus dem Aufgabenkatalog eines Sozialpsychiatrischen Dienstes":

Funktion	Einrichtung	Voraussetzung	Vorteil
Beobachtung/Zuwendung Früherkennung von Destabilisierung rechtzeitige Hilfevermittlung Applikation von Psychopharmaka nach Anweisung des Arztes Vermittlung zu Laienhelfern und Patientenclubs Mobilisierung von potentiellen Laienhelfern	Sozialstationen mit ihren nichtspezialisierten Sozialstationsschwestern	- Verbesserung der personellen Ausstattung der Sozialstationen - Anleitung der Schwestern und Supervision durch Fachleute der Psychologischen Beratungsstelle	- optimale Gemeindenähe und Vertrauensbasis - Gleichstellung von körperlich und seelisch Kranken - Ausweitung der Kompetenz im Umgang mit psychisch Kranken
Anleitung und Supervision der Sozialstationsschwestern	Psychologische Beratungsstelle der Kirchen	Ausbau der Institutionsberatung	Erfahrungen vorhanden mit Supervision von Laienhelfern der Telefonseelsorge und des Arbeitskreises Leben

Funktion	Einrichtung	Voraussetzung	Vorteil
Initiieren und Betreuen von Patientenclubs Ausbildung und Supervision von ehrenamtlichen Laienhelfern	Sozialpsychiatrischer Dienst beim Arbeitskreis Leben	Finanzielle Absicherung	Erfahrungen vorhanden mit Laienhelfer-Arbeit
Stützung des sozialen Umfelds Lösen der im Zusammenhang mit der Erkrankung entstandenen psycho-sozialen Probleme (Familie, Arbeit, Wohnen usw.) Sofortige Hilfe in Krisensituationen	je nach Klientel:		
	1) für Kinder und Jugendliche Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen	Anpassung des Personalschlüssels an die Aufgabe der psychosozialen Nachsorge	- Vertrauensverhältnis vorhanden - Abkürzung der stationären Behandlung möglich
	2) für psychisch gestörte ältere Menschen Psychologische Beratungsstelle für Ältere	- personelle Aufstockung und - finanzielle Absicherung	Konzeption der Arbeit und Strukturen bereits aufgebaut
	3) für Suizidgefährdete Arbeitskreis Leben		bereits erfolgreich tätig
	4) für Suchtkranke Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke		bereits erfolgreich tätig
	5) für chronisch psychotische und psychisch behinderte Erwachsene Universitäts-Nervenklinik Tübingen	- Übernahme der Versorgungsverpflichtung durch die Universitäts-Nervenklinik Tübingen - Anpassung des Personalschlüssels an die Aufgabe der psychosozialen Nachsorge	- Vermeidung von zwangsweisen Unterbringungen - Abkürzung von stationärer Behandlung - Verbesserung der Chancen der Rehabilitation

3.3 Stationäre Versorgung

Im Bereich der stationären Versorgung psychisch Kranker besteht weder ein quantitatives noch ein qualitatives Defizit. Die Bevölkerung des Landkreises Tübingen hat vielmehr unter einem Defizit organisatorischer Art zu leiden: Die Universitäts-Nervenklinik hat bislang noch nicht die Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Tübingen übernommen, wie sie von den Universitätskliniken der übrigen Fachrichtungen bereits seit Jahrzehnten wahrgenommen wird. Kein Knochenbruch oder Blinddarm wird gegen den Willen des Patienten zur Behandlung in andere Landkreise verlegt.

Was dem Blinddarm recht ist, muß der Psychose billig sein.

Die Bevölkerung des Landkreises braucht die Zusicherung, daß sie im Krankheitsfall in den vorhandenen Tübinger Kliniken uneingeschränkt Hilfe bekommt und nicht einer mehr oder weniger bewußten oder unterbewußten Selektion diensthabender Ärzte zum Opfer fällt (vgl. A. Finzen 1979, S. 71 ff).

In seiner Studie über die stationäre Versorgung psychisch kranker Landkreisbewohner 1969 und 1971 kommt A. Finzen zu dem Ergebnis:

1. Die gemeindenahe psychiatrische Versorgung eines sinnvoll begrenzten Einzugsbereichs (z.B. des Landkreises) durch die Universitäts-Nervenklinik ist möglich.

2. Die beobachtete Patientenselektion ist erst mit der Übernahme der vollen Versorgungsverpflichtung durch die Universitäts-Nervenklinik zu beenden.

Unter Einschluß der Möglichkeit einer Verweildauer bis zu 2 Jahren (!), berechnete A. Finzen für 1971 einen Bedarf an psychiatrischen Betten für die Vollversorgung des Landkreises Tübingen von 68 Betten (A. Finzen 1979, S. 108, S. 139, S. 141; siehe auch C 4.3).

In der Zwischenzeit hat sich - im Gefolge der Psychiatrie-Enquête - die Bettenzentrierung der psychiatrischen Therapie aufgelockert, die Erkenntnis der Effektivität teilstationärer und ambulanter Betreuung ausgeweitet und durch die verbesserte Psychopharmakotherapie die Verweildauer chronisch Kranker in stationären Einrichtungen weiter herabgesetzt. Langzeithospitalisierung chronisch Kranker wird möglichst vermieden zugunsten kurzfristiger, stationärer Behandlung.

Zusätzlich haben sich in den letzten 12 Jahren im Landkreis Tübingen Veränderungen vollzogen, die es der Universitäts-Nervenklinik erleichtern, die volle Versorgungsverpflichtung zu übernehmen:

- Die Nervenklinik ist in die Versorgung der bislang vernachlässigten Alkoholkranken eingestiegen mit dem Angebot einer 6-wöchigen stationären Kurzzeittherapie und anschließender 1-jähriger ambulanter Nachbetreuung.

- Die Kooperation der Dienste, die sich mit psychisch gestörten alten Menschen befassen, wird erleichtert durch die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, die mit der Arbeitsgruppe "Psychische Probleme alter Menschen" ein gemeinsames Gesprächsforum bietet.

- Die leicht zugängliche gerontopsychiatrische Ambulanz der Nervenklinik in der Brunnenstraße gibt Anlaß zur Hoffnung, daß durch die ambulante Betreuung der psychisch auffälligen alten Menschen die Notwendigkeit ihrer stationären Unterbringung reduziert werden kann.

- Die gerontopsychiatrische Ambulanz wird in ihren Bemühungen ergänzt durch

  1.) die Mitarbeiter und Laienhelfer der Psychologischen Beratungsstelle für Ältere,

2.) durch die Aktivitäten des Kreiskuratoriums für Offene Altenarbeit,

3.) durch die Organisation der Telefonkette und

4.) durch die Möglichkeit, psychisch kranke pflegebedürftige Alte in begrenztem Umfang im neu errichteten Pflegeheim des Pauline-Krone-Altenheims unterbringen zu können.

- Es haben sich Patientenclubs gebildet in Tübingen, Mössingen und Rottenburg.

- Der "Arbeitskreis Leben" hat eine Laienhelferarbeit für Selbstmordgefährdete aufgebaut mit derzeit 60 ehrenamtlichen Mitarbeitern.

- Die Telefonseelsorge bietet rund um die Uhr telefonische Beratung und vermittelt Hilfsbedürftige an geeignete Einrichtungen.

- Eine erste beschützte Wohngruppe für entlassungsfähige Patienten der Nervenklinik steht kurz vor der Eröffnung.

- Die Tübinger Hilfsgemeinschaft/Hilfsverein für psychisch Kranke hat durch Anmieten von Wohnraum und teilweise durch privaten Kauf die Möglichkeit geschaffen, an insgesamt 14 ehemalig psychisch Kranke Wohnraum vermieten zu können.

Alle angeführten Verbesserungen im Bereich der Vor- und Nachsorge und Betreuung psychisch Kranker entwickelten sich nach 1971 - nach der Bedarfsanalyse von A. Finzen. Es darf infolgedessen von einem geringeren Bettenbedarf für die Vollversorgung des Landkreises Tübingen ausgegangen werden als es A. Finzen für 1971 mit 68 von 148 psychiatrischen Betten angegeben hat. Den überregionalen Aufgaben und Interessen der Universitäts-Nervenklinik bleiben demnach gebührend Raum (siehe C 4.3). Vor allem aber bietet die Vollversorgung eines Standardversorgungsgebietes der klinischen Lehre die Gelegenheit, den ärztlichen Nachwuchs mit dem vollen Repertoire psychiatrischer Probleme zu konfrontieren. Gerade in der Betreuung chronisch psychotischer Patienten wurden Fortschritte erzielt durch die kombinierten Therapieverfahren, die das Interesse einer Ausbildungsstätte für Therapeutennachwuchs verdienen.

Der Leiter der Universitäts-Nervenklinik, Prof. Heimann, hat im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der Kreisärzteschaft am 19.10.1983 zum Ausdruck gebracht, daß die Universitäts-Nervenklinik grundsätzlich bestrebt ist, die stationäre psychiatrische Versorgung der Landkreisbevölkerung sicherzustellen. Wünschenswert wäre es, wenn die zum Ausdruck gebrachte grundsätzliche Bereitwilligkeit in eine uneingeschränkte Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung für die stationäre Versorgung der Landkreisbewohner gewandelt würde. Solange die Versorgung nur im Grundsatz gewährleistet wird, stehen Ausnahmeregelungen zur Verfügung, die den Zwang zur Erfüllung der Versorgungsaufgabe relativieren und den diensthabenden Ärzten die Entscheidung überlassen, den kranken Bürger des Landkreises aufzunehmen oder nicht aufzunehmen. Erst die Übernahme einer festgelegten vollen Versorgungsverpflichtung durch die Universitäts-Nervenklinik, ohne Hintertüre in Richtung Zwiefalten, garantiert den Landkreisbewohnern, im Falle psychischer Erkrankung gleichermaßen gemeindenahe Hilfe zu finden wie im Falle körperlicher Erkrankung.

3.4 Komplementäre Versorgung und Rehabilitation

Wie unter Punkt C 4.4 ausführlich dargestellt, ist im Landkreis Tübingen das Defizit im komplementären Bereich eklatant:
Für psychisch Behinderte, die für die Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigen, gibt es im Landkreis Tübingen kein Wohnheim, wo sie auf unbestimmte Dauer leben können.
Es gibt keine Tagesstätte, die die Angehörigen chronisch Kranker und psychisch gestörter alter Menschen tagsüber entlastet und auf diese Weise dazu beiträgt, Heimunterbringungen zu vermeiden.
Es gibt keine Kurzzeitpflegeplätze, die über eine Entlastung der Familie während der Urlaubszeit ebenfalls dazu beitragen können, die Heimunterbringung psychisch kranker Angehöriger zu vermeiden.
Es gibt zur Zeit noch keine beschützten Wohngruppen, die eine Abkürzung stationärer Behandlung ermöglichen und den Übergang zur Selbständigkeit erleichtern.
Es gibt fast keine beschützten Arbeitsplätze für psychisch Behinderte mit bedarfsgerechter Betreuung*.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft und ihre Arbeitsgruppen sind bemüht, Konzeptionen zu entwickeln zum Abbau des Defizits im Bereich der komplementären Versorgung und Rehabilitation.

Als ein erster Erfolg der Bemühungen um beschützten Wohnraum ist die bevorstehende Eröffnung der beschützten Wohngruppe am Horemer zu sehen. Die Wohngruppe wird 5 Patienten der Nervenklinik aufnehmen. Träger der Wohngruppe am Horemer ist der Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V. Der Bedarf an beschütztem Wohnraum ist damit aber in keiner Weise abgedeckt.

---

* In der Behindertenwerkstätte Gomaringen sind lediglich 3 % der Behinderten psychisch Behinderte.

Der Verein für Sozialpsychiatrie Zwiefalten hat sich bereit erklärt, weitere beschützte Wohngruppen im Kreis Tübingen zu organisieren für Tübinger Patienten des Psychiatrischen Landeskrankenhauses, deren Entlassung am Fehlen geeigneten Wohnraums scheitert.

Voraussetzung für die Realisierung der beschützten Wohngruppen ist die Bereitschaft der Stadtverwaltung, Wohnungen in städtischen Häusern an den Verein des Psychiatrischen Landeskrankenhauses zu vermieten.

Das Problem der Einrichtung beschützter Arbeitsplätze beschäftigt zur Zeit die PSAG-Arbeitsgruppe "Arbeit und Wohnen". Im Gespräch ist eine Buchbinderei in Trägerschaft des Vereins für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V. Es werden auch Gespräche zu führen sein mit dem Trägerverein der Behindertenwerkstätte Gomaringen zur Klärung der Frage, ob dezentral eingerichtete Arbeitsplätze für psychisch Behinderte organisatorisch der Behindertenwerkstätte angegliedert werden können.

Das Problem einer Tagesstätte wird in kürze die PSAG-Arbeitsgruppe "Versorgung psychisch kranker Langzeitpatienten" beschäftigen. Es sind die Fragen zu klären, welcher Institution eine Tagesstätte zur Aktivierung und Versorgung von chronisch Kranken und von psychisch gestörten Alten angegliedert werden könnte; welche Einrichtung eine geeignete Infrastruktur aufweist, die für einen Tagesstättenbetrieb nutzbar gemacht werden könnte; welche Einrichtung über Platzreserven verfügt. Sicher wird dabei auch die für ein Hallenbad vorgehaltene Fläche im neuerbauten Pflegeheimtrakt des Pauline-Krone-Heims ins Gespräch einbezogen.

Nachfolgend einige Anregungen zur Diskussion der Themen "Kurzzeitpflegeplätze" und "Wohnheim" in den Arbeitsgruppen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft:

Das Problem von Kurzzeitpflegeplätzen wird sich schwerlich durch Absprachen mit Einrichtungen für Langzeitpflege lösen lassen. Die Vorhaltekosten wären unvertretbar hoch, da keine Intervallbelegung möglich wäre. Anders sind die Voraussetzungen in einer Einrichtung zur kurzfristigen stationären Behandlung. Nichtbelegte Kurzzeitpflegeplätze außerhalb der Urlaubssaison könnten hier lückenlos in den Therapiebetrieb einbezogen werden. Das Problem der Kurzzeitpflegeplätze würde sich reduzieren auf das Problem der Abrechnung.

Das Problem eines Wohnheims für chronisch Kranke ließe sich kostengünstig lösen durch Einrichtung kleiner Wohngruppen - nach dem Vorbild der Stadt Arezzo*. Zwei bis höchstens 3 zumeist medikamentös eingestellte, chronisch Kranke, die zueinander passen, bewohnen dort eine 2 - 3-Zimmer-Wohnung. Alle Verrichtungen des Haushalts, die von den Kranken nicht selbst ausgeführt werden können, werden von einer Haushaltshilfe erledigt. Die Haushaltshilfe kommt täglich für 2 Stunden in jede Wohngruppe. Sie bringt die Wohnung in Ordnung, kauft ein und kocht gegebenenfalls das Mittagessen. Die Haushaltshilfen werden durch eine Fachkraft des Sozialpsychiatrischen Dienstes angeleitet und beraten. Einmal pro Woche kommen sie zusammen und besprechen mit der Fachkraft das Ergehen ihrer Klienten. Durch die fachliche Anleitung sind die Haushaltshilfen in der Lage, Befindlichkeitsänderungen der ihnen anvertrauten chronisch Kranken zu erkennen und rechtzeitig die Fachkraft einzuschalten. Darüber hinaus besucht die Fachkraft einmal pro Woche routinemäßig alle Wohngruppen und bespricht mit den Bewohnern die anfallenden Probleme.

---

* Die Darstellung der Wohngruppen der Stadt Arezzo basieren auf persönlicher Augenscheinnahme und auf Gesprächen mit Sozialarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Arezzo im Juni 1983.

  Die Bewohner der besuchten Wohngruppen waren zuvor alle zwischen 10 und 30 Jahre hospitalisiert gewesen.

In dieses äußerst kostengünstige Konzept gemeindenaher Unterbringung unselbständiger, chronisch Kranker ließe sich sehr gut ehrenamtliches Engagement von Laienhelfern einbauen, im Sinne von menschlicher Zuwendung, Anregung zu Aktivitäten und Freizeitgestaltung. Die Frage der beruflichen Aktivierung oder Beschäftigung müßte im Einzelfall geklärt werden. Es ist anzunehmen, daß die Mehrzahl dieser chronisch Kranken potentielle Tagesstätten-Besucher wären.

Zum Abschluß der Anregungen und Vorschläge für Maßnahmen zur Beseitigung von Versorgungslücken im Landkreis Tübingen sei auf die gesetzlich fixierte Verantwortung des Sozialhilfeträgers für die behinderten Bürger seines Zuständigkeitsbereichs hingewiesen:

Das Bundessozialhilfegesetz garantiert in den Paragraphen 39 und 40 allen Behinderten oder von Behinderung Bedrohten Hilfestellung zu einem menschenwürdigen Leben in der Gemeinschaft, wenn sie sich selbst nicht helfen können oder von dritter Seite keine Hilfe erfahren:

§ 39 (3) Aufgabe der Eingliederungshilfe

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung und deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Teilanhme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

§ 40 Maßnahmen der Hilfe

(1) 6. Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben.

6a Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Behinderten entspricht.

7. Nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Eingliederung des Behinderten in das Arbeitsleben.

8. Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft.

(2) Behinderten, bei denen wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen nach Absatz 1 mit dem Ziel der Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in Betracht kommen, soll nach Möglichkeit Gelegenheit zur Ausübung einer der Behinderung entsprechenden Beschäftigung, insbesondere in einer Werkstatt für Behinderte, gegeben werden.

Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz ist zwar eine nachrangige Leistung der öffentlichen Wohlfahrtspflege. Nachrangigkeit darf aber nicht heißen, daß der Sozialhilfeträger angesichts der Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt resignierend verzichtet, dem Behinderten zu Arbeitsmöglichkeit zu verhelfen und ihn kurzerhand mit Hilfe zum Lebensunterhalt abspeist. Arbeitslosigkeit gefährdet das seelische Gleichgewicht gerade psychisch behinderter Menschen in besonderem Maße und wirkt sich entsprechend verschärfend auf die Behinderung aus. Dies steht im Widerspruch zur Intention des Bundessozialhilfegesetzes:

- der Hilfe zur Selbsthilfe
- der Hilfe zur Teilnahme am Leben der Gemeinschaft

ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung des psychisch Kranken kann nur in der Kombination verschiedenartiger Hilfen zu einer befriedigenden Rehabilitation führen: Der Erfolg der Behandlung mit Psychopharmaka und Psychotherapie steht und fällt mit der Befähigung des Patienten, sein Leben im persönlichen sozialen Umfeld zu meistern. Eine Therapie in gemeindefernen Institutionen und eine ambulante bzw. stationäre Behandlung ohne nachgehende Sozialbetreuung vernachlässigen den sozialpsychiatrischen Therapie-Aspekt der "sozialen Wiederbelebung" (S. 181, S. 190).

Gemeindepsychiatrie orientiert sich an den Grundsätzen:

- Vermeidung von Ausgliederung aus dem sozialen Umfeld
- Gemeindenähe der Behandlungseinrichtungen
- aufsuchende Hilfe
- Minimierung des professionellen Eingriffs durch ein flexibles Hilfsangebot mit abgestufter Betreuungsintensität
- Mobilisierung der Hilfe- und Selbsthilferessourcen in der Bevölkerung (S. 8/9)

Gemeindepsychiatrie ist mehr als gemeindenahe Therapie. Gemeindepsychiatrie ist die Befähigung einer Gemeinschaft, mit den psychischen Problemen ihrer Bürger so selbstverständlich umgehen zu können wie mit ihren körperlichen. Voraussetzung ist ein gemeindenahes, ausreichendes und variables Angebot professioneller Hilfe, das den psychisch Gefährdeten und Kranken und ihren Mitmenschen genau diejenige Art von Hilfestellung bietet, die sie brauchen, um mit ihren speziellen Problemen zurechtzukommen. Ohne wohldosierte professionelle Hilfe werden die Probleme übermächtig und die Tragfähigkeit und Selbsthilfekräfte der Menschen überfordert.

Voraussetzung für die Realisierung des gemeindepsychiatrischen Grundsatzes, mit möglichst geringen professionellen Eingriffen die Selbstheilungskräfte zu unterstützen, ist: die Variabilität und Gemeindenähe des Hilfsangebots.

Daraus resultieren generelle sozialhygienische Forderungen:

1.) die Bereitstellung eines breitgefächerten gemeindenahen Versorgungsangebots abgestufter Therapie- und Betreuungsintensität (vgl. Modell Mönchengladbach S. 38-40 und S. 50 ff.)

2.) die Steigerung der Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Einrichtungen durch
- Änderung der Rechtsgrundlagen zugunsten einer Therapeutenkontinuität über die Grenze der einzelnen Einrichtung hinaus
- und Abbau von finanzierungsbedingten Hindernissen, die den Übergang zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Behandlungsintensität erschweren und die Effektivität therapeutischer Bemühungen beeinträchtigen (S. 170-173, S. 189/190)

Für den Landkreis Tübingen ergeben sich die folgenden speziellen sozialhygienischen Forderungen:

1.) Verbesserung der Prävention (S. 178-180, S. 191-194)
Ausbau der Institutionsberatung durch die Psychologischen Beratungsstellen und ausreichende personelle Ausstattung des Allgemeinen Sozialdienstes des Jugendamts

2.) Schließen von Lücken im Versorgungsangebot:
Aufbau eines Sozialpsychiatrischen Dienstes (S. 181, S. 195 ff.)
Bereitstellen von beschütztem Wohnraum, von beschützten Arbeitsplätzen, von psychogeriatrischen Pflegeplätzen, von Kurzzeitpflgeplätzen und von Dauerwohngruppen bzw. Wohnheimplätzen für psychisch Behinderte (S. 98, S. 184-187, S. 205 ff.)

3.) Übernahme der Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Tübingen durch die gemeindenahe Universitäts-Nervenklinik Tübingen, d.h. Garantie der stationären Versorgung im eigenen Landkreis auch bei psychischer Erkrankung wie sie bei körperlicher Erkrankung mit Selbstverständlichkeit gewährleistet ist (S. 82 ff., S. 150 ff. (Fall-Beispiel), S. 175/176, S. 182/183, S. 201 ff.)

LITERATURVERZEICHNIS

Ackerknecht, E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart 1957, Enke-Verlag.

Bärsch, M./Herl, J./Röhrle, B./Willershäuser, H.: Skizzen zur ambulanten psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT 1982, Verlag Steinbauer & Rau.

Battegay, R./Benedetti, G./Rauchfleisch, H.: Grundlagen und Methoden der Sozialpsychiatrie. Göttingen, Zürich 1977, Verlag für medizinische Psychologie, in: Verlag Vandenhoeck und Ruprecht.

Bauer, M. (Hrsg.): Ambulante Dienste für psychisch Kranke. Aktion psychisch Kranke. Köln 1981, Rheinland-Verlag.

Bauer, M./Rose, H.K./Watzdorf, E.: Institutionsgebundene ambulante Dienste in der Psychiatrie - Ergebnisse einer Umfrage. In: Aktion psychisch Kranke - Tagungsbericht Bd. 6, Köln 1981, S. 43 - 54, Rheinland-Verlag.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: Erster Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. München 1980.

Behrends, K.: Die Rolle des psychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamts im Rahmen ambulanter Dienste. In: Aktion psychisch Kranke - Tagungsberichte Bd. 6. Köln 1981, S. 129 - 136, Rheinland-Verlag.

Bintig, A. et al.: Kritische Einführung in die Sozialpsychologie. Weinheim, Basel 1976, Beltz-Verlag.

Bleuler, E./Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1979, Springer-Verlag.

Blum, P./Schlia, J.: Sozialpsychiatrische Beratung in Hannover - Stationen einer Entwicklung. Dissertation Medizinische Hochschule Hannover, Hannover 1979.

Bosch, G./Pietzcker, A.: Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten - Ergebnis einer empirischen Untersuchung. In: Drucksache des Deutschen Bundestags 7/4201, S. 344 - 360.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit: Modellverbund: "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung". Schriftenreihe der BMJFG, Bd. 161, Stuttgart 1982, Kohlhammer-Verlag.

Ciompi, L.: Primärprävention psychischer Störungen. In: Drucksache des Deutschen Bundestags 7/4201, S. 760 - 786.

Colberg, Freifrau von Loeffelholz: Intensionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Sozialpsychiatrie - am Beispiel der Stadt München. Öffentliches Gesundheits-Wesen 44 (1982), S. 219 - 222.

Cranach, M. von/Finzen, A. (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte. Psychische Krankheit als sozialer Prozeß. Psychiatrische Epidemiologie. Berlin, Heidelberg, New York 1972, Springer-Verlag.

Cranach, M. von: Psychiatrische Versorgung durch niedergelassene Ärzte und ambulante Dienste. In: Aktion psychisch Kranke - Tagungsberichte Bd. 6, Köln 1981, S. 31 - 41, Rheinland-Verlag.

Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP)/Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)/Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG): Hilfe nur auf Krankenschein? Stand der Diskussion um die Neuordnung der ambulanten Versorgung. Wunstorf, Tübingen, Köln 1980.

- Psychosoziale Hilfen im regionalen Verbund. Analysen und Perspektiven zur Überwindung der Struktur- und Finanzkrise. Tübingen 1982.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.): Skizzen zur ambulanten psychosozialen Versorgung. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis Bd. 3. Tübingen 1982.

Deutscher Bundestag (Hrsg.): Psychiatrie-Enquête. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200, Bonn 1975.

Deutscher Bundestag (Hrsg.): Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4201, Bonn 1975.

Deutscher Bundestag: Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission unter Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Veränderung. Drucksache 8/2565, Bonn 1979.

- Gesetz über Altenheime, Altenpflegeheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz) vom 7.8.1974. BGBl I, S. 1873.

- Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7.5.1975. BGBl I, S. 1061.

- Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz - KVWG) vom 28.12.1976. BGBl I, S. 3871.

- Bundessozialhilfegesetz i.d.F. der Bekanntmachung vom 24.5.1983. BGBl I, S. 613.

Dilling, H./Weyerer, S.: Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den 3 Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein. In: Drucksache des Deutschen Bundestags 7/4201, S. 382 - 399.

- Zur Behandlungsinzidenz und -prävalenz in 3 Kreisen Oberbayerns. In: Drucksache des Deutschen Bundestags 7/4201, S. 361 - 381.

Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Dissertation, Frankfurt/M. 1969.

Dörner, K./Plog, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Wunstorf 1978, Psychiatrie-Verlag.

Dörner, K./Köchert, R./von Laer, G./Scherer, K.: Gemeindepsychiatrie. Gemeindegesundheit zwischen Psychiatrie und Umweltschutz. Stuttgart 1979, Kohlhammer-Verlag.

Ekesparre, D. von: Beratungsstellen für soziale und psychische Probleme der Stadt Hannover (Sozialpsychiatrische BS) - Organisation, Aufgaben und Ergebnisse. In: Bauer und Rose (Hrsg.): Aktion psychisch Kranke Bd. 6, Köln 1981, S. 145 - 156, Rheinland-Verlag.

Finzen, A.: Die Tagesklinik - Psychiatrie als Lebensschule. München 1977, Piper-Verlag.

- Milieutherapeutische Konzepte in der Sozialpsychiatrie. In: Psychiatrische Praxis 4 (1977), S. 44 - 49.

- Argumente für eine gemeindenahe Psychiatrie. Lehburg-Loccum 1979, Psychiatrie-Verlag.

Freiburger Hilfsgemeinschaft e.V.: Freiburger helfen gemeinsam - Berichte aus der Arbeit der Freiburger Hilfsgemeinschaft. Freiburg 1982, Eigenverlag.

Gesundheitspark München: Erfahrungsbericht 1973 - 1976. München 1977.

Jakobi, H.M.: Sozialpsychiatrie und gemeindenahe Versorgung. In: Aktion psychisch Kranke - Tagungsbericht Bd. 6, Köln 1981, S. 87 - 92, Rheinland-Verlag.

Katschnig, H.: Typen ambulanter Hilfen für psychische Krankheiten. In: Aktion psychisch Kranke - Tagungsberichte Bd. 6, Köln 1981, S. 15 - 29, Rheinland-Verlag.

Kisker/Meyer/Müller (Hrsg.): Soziale und angewandte Psychiatrie. Psychiatrie der Gegenwart III. Berlin 1975, Springer-Verlag.

Klages, W.: Moderne klinische Psychiatrie. In: Öffentliches Gesundheits-Wesen 37 (1975), S. 448 - 458.

Kreistag Tübingen: Stellungnahme des Psychosozialen Arbeitskreises zu den Empfehlungen des Landkreistages Baden-Württemberg zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung vom 13.5.1982. Anlage zur Vorlage 245/82.

- Geschäftsordnung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Landkreis Tübingen. Anlage 1 zur Vorlage Nr. 245.2/83.

Landkreistag Baden-Württemberg: Empfehlungen zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung. Stuttgart 1981.

Landratsamt Tübingen: Der Landkreis in Zahlen. Tübingen 1982.

Landtag von Baden-Württemberg: Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung zu den Empfehlungen des Landkreistags Baden-Württemberg zum Ausbau der außerklinischen Versorgung auf Antrag des Abgeordneten Daffinger et al., SPD, vom 16.7.1981. Drucksache 8/1617.

- Weiterentwicklung der stationären und außerstationären Psychiatrie - Antrag des CDU-Abgeordneten Schätzle et al. vom 22.10.1982. Drucksache 8/3184.

- Weiterentwicklung und Finanzierung der psychiatrischen Versorgung, insbesondere außerhalb der Modellgebiete - Antrag des Abgeordneten Heimann et al., Grüne, vom 24.11.1983. Drucksache 8/3289.

- Situation der psychisch Kranken - kleine Anfrage des Abgeordneten Heimann, Grüne, vom 1.12.1982. Drucksache 8/3341.

- Psychiatrische Außenfürsorge - Antrag des Abgeordneten Daffinger et al., SPD, vom 1.2.1983. Drucksache 8/3533.

- Gesetzentwurf der Landesregierung zum Gesetz über die Unterbringung psychisch kranker vom 6.9.1982. Drucksache 8/2990.

- Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz - UBG) vom 11.4.1983. GBl 1983, S. 133.

Lechler, H.: Die psychiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes in der Zukunft. In: Öffentliches Gesundheits-Wesen 37 (1975), S. 464 - 477.

Lempp, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Stuttgart, Wien 1981, Huber-Verlag.

Mann, F.: Psychiatrie ohne Mauern. Frankfurt/M. 1979, Campus-Verlag.

Mead, M.: Jugend und Sexualität in primitiven Gesellschaften. München 1970, Deutscher Taschenbuchverlag.

Mikus, P.: Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie in einer nervenärztlichen Praxis. In: Aktion psychisch Kranke - Tagungs-

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg: Psychiatrieplan Baden-Württemberg. Stuttgart 1974.

Mohr, A.: Geschichte, Entwicklung und Funktion von Nachsorgesystemen in der modernen Sozialpsychiatrie. Dissertation Medizinische Fakultät, Frankfurt 1969.

Obiols, J.: Antipsychiatrie - das neue Verständnis psychischer Krankheit. Hamburg 1978, Rohwohlt-Verlag.

Ploeger, A.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie - Theorie und Praxis. Stuttgart 1972, Thieme-Verlag.

Regierungspräsidium Tübingen: Entwurf eines Gesetzes über die Unterbringung psychisch Kranker. Erlaß vom 5.1.1982, Nr. 62-1/6006.

- Begründung zum Gesetzentwurf des Gesetzes über die Unterbringung psychisch Kranker. Erlaß vom 3.2.1982, Nr. 62-1/6006.

Reichert, H.: Soziale Leistungspflicht der Landkreise in gegenwärtiger Zeit. In: Landkreis-Nachrichten 22 (1983), S. 75 - 77.

Reimer, F.: Die Reform der Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter. In: Öffentliches Gesundheits-Wesen 37 (1975), S. 459 - 464.

Richter, E.: Die Gruppe. Reinbek 1972, Rohwohlt-Verlag.

- Lernziel Solidarität. Reinbek 1974, Rohwohlt-Verlag.

Schöck, J./Tränkle, H.: Laienhilfe im System der psychiatrischen Versorgung. In: Hohenheimer Protokolle, Stuttgart-Hohenheim 1980, S. 77 - 97.

Schulte, P.W.: Mehr soziale Gerechtigkeit - aber wie? Zur Situation der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg. In: Hohenheimer Protokolle, Stuttgart-Hohenheim 1980, S. 98 - 113.

Spanken, E.: Aufbau eines regionalen Versorgungsnetzes durch ein Landeskrankenhaus - Modellprojekt Mönchengladbach. In: Hohenheimer Protokolle, Stuttgart-Hohenheim 1980, S. 21 - 32.

Spanken, E.: Rheinische Landesklinik Mönchengladbach - Darstellung einer Nachsorgeambulanz. In: Bauer und Rose (Hrsg.): Aktion psychisch Kranke - Tagungsberichte Bd. 6, Köln 1981, S. 137 - 143, Rheinland-Verlag.

Steuer, W.: Sozialhygiene. Sozialmedizinische Grundlagen. Öffentliches Gesundheitswesen. Stuttgart/New York 1982, Thieme-Verlag.

Strotzka, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. Hamburg 1965, Rohwohlt-Verlag.

Tölle, R.: Die langfristige Behandlung des schizophrenen Patienten durch den Allgemeinarzt. Deutsches Ärzteblatt 18 (1977), S. 1201 - 1204.

Trojan, A./Waller, H.: Soziale Determinanten der Krankenhauseinweisung psychiatrischer Patienten - ein Vergleich zwischen Universitätsklinik und Landeskrankenhaus. In: Öffentliches Gesundheits-Wesen 38 (1976), S. 216 - 222.

Winker, B.: Tübinger Psychiatrie im Neunzehnten Jahrhundert. Dissertation Tübingen 1970.

Wulff, E.: Psychiatrischer Bericht aus Vietnam. In: Psychiatrie und Klassengesellschaft - Zur Begriffs- und Sozialkritik der Psychiatrie und Medizin. Frankfurt/M. 1972, Athenäum-Verlag.

- Grundfragen der transkulturellen Psychiatrie. In: Psychiatrie und Klassengesellschaft. Frankfurt/M. 1972, Athenäum-Verlag.

- Psychisches Leiden und Politik - Ansichten der Psychiatrie. Frankfurt/M., New York 1981, Campus-Verlag.

A N H A N G

Ambulante Dienste

Kassenärztlich anerkannt sind folgende Praxen:

Ärzte für Nervenkrankheiten

TÜBINGEN

Mauk, Maria, Dr. med., Robert-Gradmann-Weg 6,
Tel. (0 70 71) 6 15 73
Sprechstunden nach Vereinbarung

Meyen, Michel, Dr. med. Gemeinschaftspraxis mit Dr. med.
Horst Quenzer, Am Markt 13, Tel. (0 70 71) 50 15
Sprechstunden Mo, Di, Do, Fr 10.30-12, Mo, Do 17-18.30 Uhr

Quenzer, Horst, Dr. med., Gemeinschaftspraxis mit Dr. med.
Michel Meyen, Am Markt 13, Tel. (0 70 71) 50 15
Sprechstunden Mo, Di, Do, Fr 10.30-12, Mo, Do 17-18.30 Uhr

Zimmer, Alwin, Dr. med., Am Markt 5, 1. Stock,
Tel. (0 70 71) 2 38 03
Sprechstunden Mo, Di, Do, Fr 10-12 und 15-17 Uhr
und nach Vereinbarung

MÖSSINGEN

Ostermann, Wilhelm, Dr. med., Albert-Schweitzer-Str. 18,
Tel. (0 74 73) 43 22
Sprechstunden nach Vereinbarung

ROTTENBURG AM NECKAR

Meyer-König, Luitgard, Dr. med., Spiegelgasse 1,
Tel. (0 74 72) 31 31
Sprechstunden Mo, Di, Do, Fr 9-11 und 15-17 Uhr

Hartlich, Magdalene, Dr. med., Schwabstr. 59,
Tel. (0 70 71) 52 22
Sprechstunden nach Vereinbarung

Henseler, Heinz, Prof. Dr. med., Neckargasse 7,
Tel. (0 70 71) 29 67 19
Sprechstunden nach Vereinbarung

Hermelink, Margarete, Dr. med., Gottlieb-Olpp-Str. 4,
Tel. (0 70 71) 6 54 53
Sprechstunden nach Vereinbarung

Klingenberg, Tamara, MUDr./Univ. Prag, Philosophenweg 21,
Tel. (0 70 71) 6 45 82
Sprechstunden nach Vereinbarung

Kretschmer, Wolfgang, Prof. Dr. med., Brunnenstr. 18,
Tel. (0 70 71) 29 23 43 / 6 13 15
Sprechstunden nach Vereinbarung

Larbig, Wolfgang, Dr. med., Eduard-Spranger-Str. 57/6,
Tel. (0 70 71) 6 21 17
Sprechstunden nach Vereinbarung

Lempp, Reinhart, Prof. Dr. med., Osianderstr. 14,
Tel. (0 70 71) 29 22 92
Sprechstunden nach Vereinbarung

Loch, Wolfgang, Prof. Dr. med., Neckargasse 7,
Tel. (0 70 71) 29 67 19
Sprechstunden nach Vereinbarung

Majer, Robert, Dr. med., Gartenstr. 20,
Tel. (0 70 71) 29 38 47
Sprechstunden nach Vereinbarung

Mauk, Maria, Dr. med., Robert-Gradmann-Weg 6,
Tel. (0 70 71) 6 15 73
Sprechstunden nach Vereinbarung

Meyen, Michel, Dr. med., Gemeinschaftspraxis mit Dr. med.
Horst Quenzer, Am Markt 13, Tel. (0 70 71) 50 15
Sprechstunden Mo, Di, Do, Fr 10.30-12, Mo, Do 17-18.30 Uhr

Michaelis, Inge, Dr. med., Beethovenstr. 33,
Tel. (0 70 71) 6 74 67
Sprechstunde nach Vereinbarung

Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

TÜBINGEN

Michaelis, Inge, Dr. med., Beethovenstr. 33,
Tel. (0 70 71) 6 74 67
Sprechstunden nach Vereinbarung

Weidel, Gisela, Dr. med., Gartenstr. 9,
Tel. (0 70 71) 21 22 88
Sprechstunden Mo-Fr 8-12, Mo, Di, Do, Fr 14-17 Uhr nach Vereinbarung

Ermächtigte Ärzte für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

TÜBINGEN

Biermann, Christoph, Dr. med., Kirchgasse 9,
Tel. (0 70 71) 2 74 97
Sprechstunden nach Vereinbarung

Biermann, Ingrid, Dr. med., Galgenbergstr. 50,
Tel. (0 70 71) 3 41 34
Sprechstunden Di, Mi, Do, Fr 7.30-12.30, Mo-Fr 16-18 Uhr

Danckwardt, Joachim, Dr. med., Holzmarkt 5,
Tel. (0 70 71) 2 18 62
Sprechstunden nach Vereinbarung

Danckwardt, Ulrike, Dr. med., Vischerstr. 4,
Tel. (0 70 71) 3 75 95
Sprechstunden nach Vereinbarung

Eickhoff, Friedrich-Wilhelm, Dr. med., Engelfriedshalde 106,
Tel. (0 70 71) 6 55 17

Freiherr von Freytag-Loringhoven, Hansjörg, Dr. med.,
Im Rotbad 6 A

Göppinger, Eva-Maria, Dr. med., Engelfriedshalde 50,
Tel. (0 70 71) 6 31 81
Sprechstunden nach Vereinbarung

Härlin, Siegfried, Dr. med., Bahnarztpraxis, Hauptbahnhof 1. Stock, Tel. (0 70 71) 7 46 87
Anmeldung Mo-Do 19-20 Uhr

Nedelmann, Carl, Dr. med., Neckargasse 7,
Tel. (0 70 71) 29 67 20
Sprechstunden nach Vereinbarung

Piske, Elise, Dr. med., Peter-Gössler-Str. 15,
Tel. (0 70 71) 6 16 99
Sprechstunden nach Vereinbarung

Quenzer, Horst, Dr. med., Gemeinschaftspraxis mit Dr. med. Michel Meyen, Am Markt 13, Tel. (0 70 71) 50 15
Sprechstunden Mo, Di, Do, Fr 10.30-12, Mo, Do 17-18.30 Uhr

Schäfer, Jürgen, Arzt, Gartenstr. 20, Tel. (0 70 71) 29 67 32
Sprechstunden nach Vereinbarung

Walter, Ursula, Dr. med., Im Rotbad 38 b,
Tel. (0 70 71) 6 43 14

Weizsäcker-Hoss, Käthe, Dr. med., Denzenbergstr. 59,
Tel. (0 70 71) 2 35 58
Sprechstunden nach Vereinbarung

MÖSSINGEN

Ostermann, Wilhelm, Dr. med., Albert-Schweitzer-Str. 18,
Tel. (0 74 73), Sprechstunden nach Vereinbarung

LEBENSLAUF

Am 5. November 1936 wurde ich, Heidi Margrit Crämer, geb. Ricker, als Tochter des Dr. Fritz Ricker und seiner Frau Wera, geb. Kiderlen, in Ravensburg geboren.

1956	Abitur am Mädchengymnasium Ravensburg
SS 1956 - WS 1961/62	Medizinstudium in Tübingen, Kiel und Erlangen
30.3.1962	Medizinisches Staatsexamen in Erlangen
1962 - 1964	Medizinalassistentenzeit am Kreiskrankenhaus Tirschenreuth/Opf.
30.4.1964	Ärztliche Approbation
1961	Eheschließung
1964 und 1966	Geburt meiner Kinder
1964 - 1966	Soziales Engagement als Pfarrfrau in Plößberg/Opf.
1070/71	Mitarbeit in einer Landarztpraxis und Praxisvertretung zur Vorbereitung auf die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit
Februar 1972	Einstellung im Staatlichen Gesundheitsamt Böblingen
1975	Übernahme ins Beamtenverhältnis a.Pr.
Mai 1975	Teilnahme an einem 4-wöchigem Intensivkurs der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin, zur Wiedereingliederung in den ärztlichen Beruf
Oktober 1975	Versetzung zum Staatlichen Gesundheitsamt Tübingen
1978	Verbeamtung auf Lebenszeit
Oktober 1978 - März 1979	Teilnahme am Amtsarztkurs der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in München mit anschließendem 3-monatigem Praktikum in der UNK Tübingen und im PLK Zwiefalten
März 1979	Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst
12.3.1980	Zuerkennung der Gebietsbezeichnung 'Arzt für öffentliches Gesundheitswesen'
1980	Ernennung zur Ob.Reg.Med.Rätin
1979	Wahl in den Kreistag
1982	Übernahme der Funktion der 3. stellvertretenden Vorsitzenden des Sozialausschusses